مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات

School Health Level in Primary Schools in the State of Kuwait from Female Principals and Teachers' Point of View

خالد الصرايرة، وتركي الرشيدي

Khaled Al-Sarairah & Turki Al-Rashidi

قسم الإدارة والقيادة التربوية، كلية العلوم التربوية، جامعة الشرق الأوسط، الأردن

بريد الكتروني: dr.khaledsarairah@gmail.com

تاريخ التسليم: (٢٠١٢/٣/٢٢)، تاريخ القبول: (٢٠١٢/٩/١٣)

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات. تكونت عينة الدراسة من (١٠٤) مديرة و(٦٧٠) معلمة، تم اختيارهن بالطريقة الطبقية العشوائية وبنسبة (٥٠%) من المديرات، ونسبة (٥%) من المعلمات من مجتمع الدراسة. وقد استخدمت الاستبانة وسيلة لجمع البيانات، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الصحة المدرسية في المدارس الإبتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات كان متوسطاً، وكذلك من وجهة نظر المعلمات، وبينت الدراسة انه لا وجود لفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠.٠٥) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تعزى لمتغيرات المؤهل العلمي والخبرة العملية والسلطة المشرفة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠.٠٥) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تعزى لمتغيرات المؤهل العلمي، والسلطة المشرفة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠.٠٥) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تعزى لمتغير الخبرة العملية ولصالح أصحاب الخبرة من ٥ سنوات فما دون، عند مقارنة متوسطهم الحسابي مع متوسط أصحاب الخبرة ٦-١٠ سنوات. في ضوء النتائج التي خلصت إليها هذه الدراسة يمكن التقدم بالتوصيات الآتية: - عقد دورات مستمرة لمديرات المدارس الابتدائية ومعلماتها لتزويدهن بالمهارات الخاصة بالصحة المدرسية. - توعية مديرات المدارس الابتدائية ومعلماتها بأهمية رفع مستوى الصحة في المدرسة بإعداد برامج تدريبية مناسبة. - تقويم برامج الصحة المدرسية لتحديد مواطن القوة وماطن الضعف وتطبيقالإجراءات المناسبة.

Abstract

This study aimed at recognizing the level of school health in the State of Kuwait from female principals and teachers' point of view. The study sample was consisted of (104) female principals and (670) female teachers, who were chosen by using stratified random sample method, with a percentage of (50%) female principals, and (5%) female teachers, from the study population. The questionnaire was used to collected the study data. The findings of the study indicated that the level of the school health in the primary schools in the state of Kuwait was medium, from the female principles' point of view. The level of the school health in the primary schools in the State of Kuwait was medium, from the female teachers' point of view. There were no significant differences at ($\alpha \leq 0.05$) in the level of the school health in the primary schools from the female principals point of view attributed to the academic qualification, practical experience, and supervised authority variables. There were no significant differences at ($\alpha \leq 0.05$) in the level of the school health in the primary schools from the female teachers point of view attributed to the academic qualification and supervised authority variables. There were significant differences at ($\alpha \leq 0.05$) in the level of school health, from the female teachers' point of view attributed to the practical experience, in favor of teachers who had an experience, from 5 years and below, when they compared with teachers who had an experience from 6-10 years. In light of the findings, the teachers recommended the following: - Conducting continuous training courses for female primary school principals and teachers, to provide them with the necessary skills for school health. - A warning female principals and teachers, about the importance of raising the level of the school health, by preparing suitable training programs. - Evaluating the school health programs, to determine the strength and weakness points, and applying the suitable procedures.

مقدمة

شهد العالم تطوراً كبيراً في كل ميادين الحياة الأمر الذي ضاعف من مسؤولية المؤسسات التربوية، لا سيما مدارس التعليم العام، في الارتقاء بالنواحي الصحية، لأن الطلبة عرضة للأمراض والإصابات والحوادث أكثر من غيرهم، لذا، ينبغي أن تمارس هذه المؤسسات أدواراً

جديدة لم تكن معروفة في السابق، ومنها الاهتمام بالنواحي الصحية للطلبة بأشكالها وصورها المختلفة.

ويشكل الطلبة نسبة كبيرة من المجتمع فضلاً عن أن أجسامهم حساسة أكثر تجاه الأمراض المعدية، وإن تواجدهم خلال فترة الدراسة في مساحة محدودة يزيد من قابليتم للعدوى، كما أن غياب الطلبة عن المدارس في حالة إصابتهم بالأمراض المختلفة يؤدي إلى تدهور المستوى التعليمي العام، إذ من المهم جداً، أن يتلازم التعليم، ويسير جنباً إلى جنب مع استقرار الصحة الجسمية، والعقلية، والنفسية للطلبة (Casey & Christian, 2003).

وتُعدُّ المدارس بيئاتٍ فعّالة للنهوض بصحة الطلبة، وأسرهم، وصولاً بارتقاء المجتمع بأسره، وتعد الحالة الصحية للطلبة من أهم المؤشرات العلمية التعليمية، فقد بينت العديدُ من الدراسات أن الاهتمامَ بصحة الطلبة وخصوصاً في مراحل النمو المبكرة، وهي تمارس دوراً مهماً في الحفاظ على صحة الطلبة، وتسعى إلى توجيههم نحو السلوك السليم لحياة صحية جيدة، ويقع على عاتق الإدارة المدرسية مسؤوليات كبيرة في متابعة العادات الصحية للطلبة، والسلوك السليم في المدرسة، ونشر الوعي الصحي بينهم، وتقديم الخدمات الوقائية، والعلاجية، والتثقيفية لهم، الأمر الذي يؤثر في حسن إعدادهم ليكونوا عناصر فاعلة في مجتمعهم (كماش، ٢٠٠٩).

وتعدُ المدرسةُ من المؤسسات التعليمية التي تسعى نحو مواكبة الصحة والاهتمام بها، لذا فإن أي برنامج يسعى إلى تطوير المدارس بشكل عام، ومدارس المرحلة الابتدائية بشكل خاص، لابد أن يشمل في مقدمته على تطوير الناحية الصحية، لحماية الطلبة من الأمراض، والمخاطر السلوكية، والنفسية، مما يساعدهم على النمو الصحي السليم بدنياً، ونفسياً، وعقلياً، وينمي قدراتهم، ومهاراتهم التعليمية، وتحصيلهم العلمي، ومن هنا تبرز أهمية دور مديري المدارس في تحقيق الأهداف الصحية لتصبح مؤسسات تعليمية قادرة على تعزيز صحة الطلبة في المدرسة، فالمدرسة المعززة للصحة هي مفهوم عالمي لتحقيق الصحة والتعليم، كما عبرت عن ذلك أهداف منظمتي الصحة العالمية واليونسكو في شعاري "الصحة للجميع" و"التعليم للجميع" (William and Angela, 2010).

لقد أصبحت الصحة المدرسية مسألةً مهمةً وملحة تفرض نفسها على قائمة الأولويات الوطنية، لأن الصحة الجيدة في المدارس تعد استثماراً للمستقبل، وتعد برامج الصحة المدرسية أداةً فعالةً ومتميزةً للارتقاء بصحة المجتمعات وخاصة برامج التوعية الصحية والبيئية التي تخاطب شريحة حساسة من المجتمع وهم الطلبة، ومراحل التطور في هذه الشريحة تستوجب إرساء مفاهيم وانماط سلوكية تؤثر في مستقبل صحتهم فالسلوك الصحي المبكر ينتج عنه وضعٌ صحيٌ أفضل لهذه الشريحة، لذا فإن الأمر يستوجب الاهتمام بكل الإمكانيات لوضع الأسس والبرامج التي تعزز من صحة الطلبة من خلال برنامجٍ منظمٍ وشاملٍ للصحة المدرسية (أبو ليلى،٢٠٠٢).

كما أن للمديرين دوراً مهماً في المجالات الوقائية العلاجية للصحة المدرسية، وذلك من خلال القيام بترسيخ مجموعة متكاملة من المفاهيم، والمبادئ، والأنظمة، والخدمات، التي تهدف

بمجملها إلى تعزيز الوضع الصحي في المدارس، وبالتالي في المجتمع ككل، من خلال التركيز على تفعيل مشاركة الطلبة في متابعة الأنشطة، والبرامج الصحية، ورفع مستوى الوعي الصحي، والبيئي للطلبة والمعلمين، ورفع مستوى النظافة الشخصية، والعامة في المدارس، وتحسين الوضع الصحي، والغذائي للطلبة، ومراقبة ذلك من خلال مؤشرات صحية تتمثل بالعمل على تحسين البيئة المدرسية والمرافق الصحية، ومتابعتها، وتحديد أولويات الاحتياجات الصحية بمشاركة المجتمع المدرسي، ورفع قدرات العاملين في مجال الصحة المدرسية، وتفعيل دور الأهالي، والمؤسسات ذات العلاقة في مجال الصحة المدرسية (Casey & Christian, 2003).

ويأتي الاهتمام بتطوير النواحي الصحية للطلبة في المراحل الأساسية متوافقاً مع النظرة التربوية الحديثة، التي تعد أداة تنمية شمولية، ومتوازنة مع نمو الإنسان في النواحي الجسمية، والعقلية، والنفسية، ومما لا شك فيه أن مقدرة الطالب الذي يتمتع بالصحة الجيدة على التحصيل الدراسي، والتعلم، واكتساب المعلومات العملية هي الأفضل، وتتناسب طردياً مع الصحة البدنية. والعقلية، والاجتماعية (العلي، ٢٠٠١). فالعلاقة بين الصحة والتربية علاقة قوية، وحتمية مع الأخذ بالاعتبار كيف يمكن للتربية والتعليم تزويد الطالب بالمعارف المتنوعة، ودعمها، وتطويرها بالوسائل التعليمية المناسبة نظراً للارتباط الوثيق بين التعلم من جهة والوعي الصحي من جهة أخرى (خضر،١٩٩٢).

ولا تقتصر برامج الصحة المدرسية على تحسين النواحي البدنية، والنفسية، والاجتماعية للطلبة، بل يضاف إليها البيئة المدرسية أيضا، بما تشمله من مبان، ومرافق، التي يجب أن تتوافر فيها الشروط الصحية الجيدة، التي لها أهميتها في تعويد الطلبة على العادات الصحية الجيدة، فإذا توافرت التسهيلات البيئية الجيدة كأحواض الغسيل والصابون مثلاً أصبح من السهل ممارسة هذا السلوك، فإسهام البيئة المدرسية الطبيعية في التربية الصحية يكون بتقديم التسهيلات للتطبيقات الصحية مثلها مثل تقديم الفرص التعليمية للطلبة (جادالله، ١٩٩٣).

لذا تُعدُ الصحة المدرسية وسيلة اقتصادية ومجدية لرفع مستوى صحة المجتمع، ويتمثل مقياسها في ناتجها النهائي، ذلك الناتج الذي ينبغي أن يكون صحة أولئك الصغار، ليتمتعوا بقدرات بدنية عقلية عاطفية عالية، ويعيشوا مطمئنين ومستعدين لمواجهة كثير من المعضلات الصحية في مسيرة حياتهم، ذلك لأن التعليم في المجتمعات الديمقراطية له أهداف يسعى إلى تحقيقها، ومن هذه الأهداف: تحقيق الذات والثقافة الصحية، والعادات الصحية، وحماية الصحة العامة، وكذلك تحقيق العلاقات الإنسانية السليمة من خلال احترام الإنسان، والسلوك المهذب والتعاون مع الآخرين وتقدير الحياة الأسرية، ولا تستطيع التربية الصحية تحقيق هدفها إذا كانت العملية التربوية قائمة على أساس تلقين المعلومات، لأنها تجعل الناحية الذهنية فقط هي موضع اهتمام التربية، التي يجب أن تتصف التربية الصحية بتحقيق النمو الشامل للفرد من جميع نواحيه الذهنية والجسمية والاجتماعية والانفعالية، فالتربية الصحية تشمل الجانب الفكري والاجتماعي للفرد (طنطاوي، ١٩٩٠).

وحتى تتحقق الأهداف المرجوه من تقديم خدمات الصحة المدرسية يصبح لزاماً على العاملين في مديرية الصحة المدرسية أن تنهض بالواجبات الموكلة إليها في هذا الجانب المهم من الحياة المدرسية، وهذا لا يأتي إلا بتضافر الجهود، والتعاون، والتنسيق، والتخطيط مع الجهات ذات العلاقة مثل الإدارة المدرسية والهيئة التدريسية لما لها دور في تقديم الرعاية الصحية، وأولياء الأمور الذين هم أحد متغيرات معادلة الصحة المدرسية (فريحات، ١٩٩٧). وهناك أربع مؤسسات اجتماعية تؤثر في تعليم الأطفال وصحتهم، وهذه المنظمات هي: الأسرة، والمدرسة، والمجتمع، والمؤسسات الصحية، وتختلف الخدمات الصحية من مجتمع إلى آخر باختلاف الوضع الاقتصادي، والاجتماعي، والقيم الاجتماعية، فضلاً عن اختلاف المفاهيم الصحية، وكفاءة القائمين على الخدمات الصحية (Mury,1989). وأنشأت بعض المدارس في الولايات المتحدة وحدات صحية مدرسية في مؤسساتها التعليمية، بالتعاون مع البلديات والمجتمع المحلي، وقد تم إنشاء فريق من خلال هذه الوحدات يعنى بالطلبة في المراحل الدراسية الأولى، وتضم هذه الوحدات طبيباً دائماً، وممرضة، ومرشداً نفسياً، وذلك من خلال برامج صحية عالية الكفاءة (Newton,1989).

وأن الحال العربي لم يكن بمعزل عن الاهتمام بالصحة المدرسية للمدارس، فقد بدأت حركات اهتمت بالصحة المدرسية، وتدعو إلى تضمنيها في المناهج، فقد تم تحليل واقع الصحة المدرسية في كثير من المدارس العربية ومن بينها الكويت، وذلك بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، وتم إعداد منهاج دراسي يحقق مبادئ التربية الصحية يتألف من (٢٢) وحدة صحية، وبدأ تطبيقه على المرحلة الابتدائية، وفي منطقة الخليج العربي قامت لجنة التربية التابعة للأمانة العامة الصحية للدول العربية، بتقديم ورقة عمل عام ١٩٨١، بشأن وضع منهاج تفصيلي، وموحد لبرامج التربية الصحية، والصحة المدرسية في المرحلة الابتدائية (خضير، ١٩٩٢). وتأتي هذه الدراسة للتعرّف إلى مستوى الصحة المدرسية في المدارس الإبتدائية الحكومية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات.

مشكلة الدراسة

إن صحة الطالب، والمحافظة عليها من المطالب الأساسية التي تسعى المدارس إلى تحقيقها، وقد تضاعفت مسؤولية المدارس بشكل عام، ومدارس المرحلة الابتدائية بشكل خاص في الارتقاء بالنواحي الصحية، وإبراز دور التربية والتعليم فيها (عبد الفتاح وعبدالحميد، ٢٠٠١)، ولذلك لابد أن تسعى مديرة المدرسة لتحقيق أفضل الطرق لتعليم الطالبات من أجل بناء جيل متكامل علمياً وسلوكياً، وتتعدى ذلك إلى تنشئتهم ورعايتهم صحياً من خلال تهيئة البيئة المناسبة التي تمكن المدرسة من تحقيق أهدافها.

تعد المرحلة الابتدائية هي المرحلة الأساسية في حياة الطلبة، ويكون فيها أمس الحاجة إلى المعلومات الصحيحة عن الصحة المدرسية وطريقة تطبيقها، والطلبة في هذه المرحلة يكونون أكثر عرضة للأمراض والإصابات والحوادث (William and Angela, 2010)، وبناءً عليه فلا بد من توافر الشروط الصحية للمدرسة، وذلك من خلال الاهتمام بالتغذية الصحية والشراب

الجيد، وتوفير وسائل السلامة، والخدمات العلاجية والتثقيف الصحي، وذلك لمساعدة الطالبات على إكتساب الخبرات التعليمية، وتلقي المعارف بشكل جيد.

وأشارت الجبر(١٩٩٢) إلى أن النظام التعليمي في الدول العربية عموماً يعاني من أزمة في مجال الاهتمام بالصحة وخاصة في المراحل الابتدائية، التي تعد ركيزة التعليم الأساسية في بناء الأجيال القادمة، الأمر الذي يشكل عائقاً لمقدرة تلك الدول على النهوض بأبنائها على المستوى الصحي لما يستلزمه الاهتمام الصحي من نفقات مادية عالية، ولما كان اهتمام المديرات بصحة الطالبات سمة من سمات التميز في المدارس، لذا وجب على مديرات المدارس والمعلمات الأخذ بزمام المبادرة لتطوير واقع الصحة المدرسية وخاصة في المراحل الابتدائية، وأن تكون على يد مختصين من ذوي الكفاءات القادرة على التجديد والابتكار، والتطوير بما يتوافق مع التقدم الصحي المطلوب.

كما أشارت دغلس (١٩٩٢) إلى إجماع الباحثين والمفكرين على أن كثيراً من المؤسسات التعليمية ينقصها الاهتمام بصحة الطلبة خصوصاً في المرحلة الابتدائية، وقد أكد ذلك بقوله: يجب الالتزام بالجانب الصحي من الآن فصاعداً داخل المؤسسات التربوية الموجودة حالياً وأن الإدارة التي لا تعرف في مثل هذه الفترة كيفية الاهتمام بصحة طلبتها، وما دورها في إحداث تغيير جذري فيما يتعلق بعمليات التطوير الصحي يجب أن توصف بأنها مؤسسة تعليمة عقيمة غير متكافئة مع مهماتها، لأن الاهتمام بالصحة سيصبح تحدياً مستمراً للمديرات المسؤولات عن التطور وتحقيق الأهداف.

لما تم ذكره فإن مشكلة الدراسة الحالية تتمثل في التعرف إلى مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات.

هدف الدراسة وأسئلتها

تهدف هذه الدراسة التعرف إلى مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات، من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

السؤال الأول: ما مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات ؟

السؤال الثاني: ما مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المعلمات ؟

السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية تعزى إلى المتغيرات (سنوات الخبرة العملية، المؤهل العلمي، السلطة المشرفة على المدرسة (حكومية، خاصة) من وجهة نظر المديرات؟

السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية تعزى إلى المتغيرات (سنوات الخبرة العملية، المؤهل العلمي، السلطة المشرفة على المدرسة (حكومية، خاصة) من وجهة نظر المعلمات؟

أهمية الدراسة

تستمد هذه الدراسة أهميتها من الموضوع الذي تتناوله والمتعلق بمحاولة التعرف إلى مستوى الصحة المدرسية في المدارس الإبتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات، ويمكن تحديد أهمية الدراسة من خلال الجانبين الآتيين:

تعد هذه الدراسة بمثابة إضافة علمية مهمة لتناولها مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية الكويتية من وجهة نظر المديرات والمعلمات، إذ لم تجرِ على - حد علم الباحثين - أي دراسة من هذا النوع في دولة الكويت، ولما يمكن أن تقدمه هذه الدراسة من فائدة للمكتبة العربية بشكل عام، والمكتبة الكويتية بشكل خاص بإضافة معرفة جديدة.

ويمكن لنتائج هذه الدراسة أن تفيد الباحثين في مجال الإدارة التربوية في دولة الكويت حول موضوع مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية، كما أنها يمكن أن تفيد متخذي القرارات في وزارة التربية في تحقيق أهدافها في اختيار مديرات ومعلمات مبدعات ومهتمات يعملن على تطوير الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية، كما يمكن أن تفيد هذه الدراسة وزارة الصحة، ولينبثق من هذه الوزارة مديريات للصحة المدرسية.

ويمكن لنتائج هذه الدراسة أن تفيد مديرات ومعلمات المدارس الابتدائية في دولة الكويت لتعرف واقع الصحة المدرسية والجوانب التي تحتاج إلى تعزيز ومتابعة.

تعريف المصطلحات

اشتملت الدراسة على عدد من المصطلحات التي ينبغي تعريفها مفاهيمياً وإجرائياً وعلى النحو الآتي:

الصحة المدرسية: هي برنامج متخصص يعود لبرامج الصحة العامة ويوجه اهتمامه للطفل والشاب بالسن المدرسي وله مكوناته (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٩). وتعرف إجرائياً بأنها: الدرجة التي يمكن الحصول عليها من خلال استجابة أفراد عينة الدراسة من المديرات والمعلمات عن الاستبانة المعدة لهذه الغاية والمعتمدة في الدراسة الحالية.

المدرسة الابتدائية: هي المرحلة التعليمية التي تشكل القاعدة الأساسية للتعليم النظامي ومدته ست سنوات، وتعنى بالتلاميذ في مرحلة الطفولة التي تتشكل فيها شخصياتهم ومهاراتهم واتجاهاتهم، وتبدأ عادة من (٦-١٢ سنة).

حدود الدراسة ومحدداتها

تقتصر هذه الدراسة على المديرات والمعلمات العاملات في مدارس المرحلة الابتدائية في دولة الكويت، والملتحقات بعملهن خلال الفصل الدراسي الثاني من العام(٢٠١٠/٢٠١١). وتتحدد نتائج هذه الدراسة بدلالة صدق أداة الدراسة، وثباتها، وتكييفها مع البيئة الكويتية، وصدق استجابة أفراد العينة عن فقراتها. كما أن تعميم نتائج هذه الدراسة لا يتم إلا على المجتمع الذي أجريت عليه الدراسة، والمجتمعات المماثلة.

الأدب النظري والدراسات السابقة

فيما يأتي عرض للأدب النظري المتعلق بالمدرسة وبمستوى الصحة المدرسية، والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة.

أولاً: الأدب النظري

تناول هذا الجزء مفهوم المدرسة وأهميتها، من خلال التركيز على التربية الصحية والتي تعد محوراً مهماً من محاور العملية التربوية، وهي من التجديدات التي ظهرت في السبعينيات من القرن الماضي نتيجة للممارسات الخاطئة للإنسان مع بيئته، وإساءة استغلال مواردها، مما أدى إلى العديد من المشكلات البيئية والصحية. وفيما يأتي عرض موجز لأبرز ما تناوله الأدب النظري المتعلق بموضوع الدراسة.

المدرسة

تعد المدرسة مؤسسة اجتماعية أوجدها المجتمع لتحقيق أهدافه وغاياته، وهي مؤسسة تربوية نظامية مسؤولة عن توفير بيئة تربوية مثالية للطلبة، تساعدهم على تنمية شخصياتهم من جميع جوانبها الجسمية، والعقلية، والاجتماعية، والانفعالية، والروحية بشكل متكامل فضلاً عن مسؤوليتها في توفير فرص الإبداع والابتكار لهؤلاء الطلبة. وتبرز أهمية المدرسة في نقل التراث الثقافي للمجتمع بين الأفراد من خلال اكتسابهم الاتجاهات، والمعارف، والأنماط السلوكية بحيث تجعلهم يشعرون بأن هوية واحدة تجمعهم، وكذلك تزويد المجتمع بالطاقات والكوادر الفنية المدربة، والمؤهلة للإسهام في عمليات الانتاج والتنمية الاجتماعية والاقتصادية (عبداللطيف، ٢٠٠١).

لذلك تطورت وظيفة المدرسة تطوراً جذرياً، نتيجة لأن الطلبة محور اهتمامها بصفتهم أفراداً ينمون ويتطورون، يعيشون في جماعة يتفاعلون معها، ويتأثرون باتجاهاتها وأنظمتها، ويؤثرون فيها، لذلك اتسعت وظيفة المدرسة، وتخطت نطاق العملية التعليمية المحدودة لتشمل الاهتمام بجميع جوانب الطلبة العقلية، والروحية، والصحية، والاجتماعية بحيث ينمون ويتطورون بالشكل الذي تتكامل فيه هذه الجوانب حتى أصبحت وظيفة المدرسة لا تقتصر على تزويد الطلبة بالمعلومات فقط، بل تخطت إلى تنمية الفرد وتطوره وتربيته تربية شاملة (سلمى، ١٩٩٨).

إن التربية في جوهرها هندسة بشرية وبناء على ذلك يصبح المعلم أهم مهندس بشري يبني العقول البشرية، وبالتالي يبني الأمة بأسرها، وتقع على كاهله المسؤولية الكبرى في بعث كيان هذه الأمة من خلال تطويره للقيم، والعادات المجتمعية السلمية عن طريق غرسها في طلبته في سنوات نموهم ونضجهم (مرسي، ٢٠٠٥).

إن خدمة المجتمع المحلي هي وظيفة رئيسة من وظائف التربية، وكما هو معروف أن المدرسة هي التجسيد العملي للعملية التربوية، وذلك لما أثبتته الدراسات في إمكانية العمل الإداري والتربوي الموجود داخل المدارس بشكل عام في تحقيق فعالية للمجتمع ككل، فمن الملاحظ أن هنالك تعريفات علمية كثيرة للمدرسة ولكنها تتمحور حول أنها مؤسسة تعليمية مسؤولة عن خدمة المجتمع وبرامج الخدمة العامة، التي تسهم في (العجمي، ٢٠٠٥):

تقديم الرعاية النفسية للطلبة، وتعد هذه النقطة من أهم الأمور التي تسهم فيها المدرسة ذلك لمقدرتها على التغيير النفسي للطلبة، كما أنَّ لها الفضل في التأثير على الطلبة خصوصاً في مراحل حرجة من العمر، تضعف به تأثيرات الأهل.

تمثل مؤسسة قادرة على نقل التراث الثقافي من خلال توارثه من جيل إلى جيل لأنها المؤسسة التعليمية الوحيدة ضمن المجتمعات المسؤولة عن تنشئة الأجيال ونقل جميع ما اكتسبته المجتمعات إلى الأجيال القادمة.

إن المدرسة أشبه بمصنع للموارد البشرية إن صح التعبير الذي يلبّي متطلبات المجتمع من حاجته للموارد البشرية لإمكانية تميز الدولة على المستوى البعيد.

إن الحياة هي بمثابة خبرات تراكمية تمكّن الإنسان من التعامل مع الحاضر وفهم المستقبل، ومساعدته على الوصول إلى مراحل عالية من التطور والرفاهية، ومن المعروف أن الخبرات الإنسانية تتصف بالتعقيد، خصوصاً إن طال العمر الزمني لها، لذلك تسعى المدرسة كمؤسسة تعليمية للاجيال القادمة في محاولة إلى تبسيط تلك الخبرات الإنسانية وتعلم التجارب المهمة فيها، لإمكانية انعكاسها على الأجيال القادمة بما يتواءم مع الحاجات المستقبلية للدولة ككل.

إن معيار تقدم الدولة يلازم تطور مواطنيها العلمي، فأصبحت كثير من الدول في الوقت الحاضر تتنافس على الوصول إلى درجات تقترب من الصفر في الأمية الموجودة فيها، فإن التطور العلمي هو الأساس الذي يمنح الدولة على المستوى البعيد تطورها والمنافسة خصوصاً في الوقت الحاضر الذي أصبحت المنافسة في أشد حالاتها خصوصاً بعد المستجدات على الساحة العالمية كظاهرة العولمة، لذلك تعد المدرسة هي السبيل والكفيل الوحيد لضمان تطور الدولة، لأن الموارد البشرية هي القادرة على تمييز المنظمة، بغض النظر عن طبيعة عملها، على اعتبار أن الدولة هي منظمة كبيرة يمكن أن تدار بالمبادئ العلمية الحديثة للوصول إلى مستويات عالية من الرقي والرفاه.

إن المدرسة هي مؤسسة اجتماعية قامت لخدمة المجتمع وتحقيق أهدافه في تربية الجيل الجديد، إذ تؤثر مخرجاتها من القوى العاملة على التركيب الاجتماعي، وتوثق علاقتها بالمجتمع

المحلي (آل ناجي، ٢٠٠٣)، لذلك وجب على المدرسة أن تساير تقدم المجتمع والحياة الاجتماعية فيه لأن المجتمعات يلازمها وجود منظمات متطوره تعي حجم التطور والتقدم في المجتمع الذي تعيش فيه، إن وجود مدارس متقدمة من ضمن سلسلة تطور المجتمعات، بذلك أن العلاقة جدلية بين المجتمعات والمدارس بشكل عام فكل منهما يؤثر ويتأثر بالآخر، لذلك تندمج اندماجا كليا وإيجابيا في مختلف نواحي الحياة، وعلى الآباء أن يعوا دورهم التربوي المكمل لدور المدرسة ومحاولة متابعة المواظبة مع أبنائهم، لأن المدرسة تفترض ساعات عمل معينة أما الآباء فهم الأقدر على متابعة ما وصلت إليه المدرسة(الكعبي، ٢٠٠٧). وأدت العلاقة التي تتصف بالتلازم بين التربية والصحة إلى انبثاق مفهوم التربية الصحية الذي عرفه سلامة (٢٠٠١) بأنه: العملية التي تسعى إلى ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحيحة على مستوى الفرد والمجتمع.

إذا ما تم التسليم بأهمية المدرسة ودورها في تنمية الجوانب الجسمية، والعقلية والاجتماعية، والنفسية للطلبة، فهذا يقود إلى دور المدرسة في إثراء برامج الصحة المدرسية، وتطبيقها، وذلك من خلال تهيئة الظروف الملائمة لإنجاح تلك البرامج معتمدة على ما لديها من إمكانات بشرية ومادية، فضلاً عمّا توفره من مقومات أساسية أهمها المعلمون ذوو الخبرات المختلفة في المجالات الصحية، والاجتماعية، والنفسية الذين عدوا إعداداً سليماً لممارسة أدوارهم التربوية المكملة للعملية التعليمية (غباري، ١٩٨٩).

وتسهم مؤسسات التربية والتعليم بشكل فعّال في صحة الطلبة، وذلك من خلال الأنشطة المنهجية واللامنهجية التي تقدمها لهم في المدارس علماً أن دورها لا يقتصر على تلقين المعلومات بل يتجاوزه إلى الاهتمام الواسع بنمو الطلبة، والنهوض بمستوياتهم في مختلف المجالات، لا سيما الصحية منها، وذلك من خلال المناهج المدرسية التي أصبحت أكثر اهتماماً بالجوانب المختلفة كصحة البيئة، والعناية بالطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، ومحاولة تكوين العادات الصحية السليمة لديهم منذ الصغر (مقابلة، ١٩٩٦).

ويبرز مدى الاهتمام الواضح على الأصعدة العالمية، والعربية، والمحلية في مجال التثقيف، والتعزيز الصحي من خلال الاطلاع على الأنشطة التربوية، وحركات التطوير التربوي، فعلى الصعيد العالمي توالت منظمات عديدة مسؤوليات الاهتمام بالجانب الصحي للأفراد والمجتمعات ولعل من أهمها: منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والمنظمة العربية للتربية والعلوم والثقافة، فقد تبنت منظمة الصحة العالمية أسلوب الرعاية الصحية الأولية بوصفها بداية تحقيق الصحة للجميع، فضلاً عن تركيزها على ضرورة التوجه إلى الطلبة في المدارس إذ إنهم يشكلون شريحة كبرى في المجتمع (حمام، ١٩٩٦).

مفهوم الصحة المدرسية وتطوره

تعد فترة الطفولة من المراحل المهمة من حياة الإنسان إذ ينمو الطالب جسمياً، وعقلياً، واجتماعياً وعاطفياً، وعليه فإن للعناية بالحاله الصحية في مختلف صورها أهمية خاصة في كل

مرحلة من مراحل حياته، ولكي يتمكن الطلبة من القيام بواجباتهم المدرسية خير قيام ينبغي أن يكون الطالب صحيح الجسم خالياً من الأمراض، ولهذا فإن من الضروري أن يعالج من الأمراض وأن نحميه من الأمراض المعدية، والمؤشرات الصحية (الجمعية البريطانية لأطباء المدارس، ١٩٨٤).

وقد بدأ الاهتمام ببرامج الصحة المدرسية في معظم دول العالم مع بداية القرن التاسع عشر، إذ لاحظ جيس واير (Jhas Wire) عام (١٨١٢) إصابة بعض طلبة مدارس إنجلترا بقصر النظر، وفي عام (١٨٤٠) قامت الحكومة السويدية بإجراء فحص طبي لحوالي أحد عشر ألفاً من الطلبة، وفي عام (١٨٩٥) قام ستة أطباء بفحص طلبة المدارس الابتدائية في موسكو بالاتحاد السوفيتي، وقد نشر الطبيب الإنجليزي برستلي سميث (Brestly Smith) عام (١٩٠٢) تقريراً مفاده أن ثمة علاقة بين قصر النظر لدى الطلبة، وقدرتهم على التحصيل العلمي، ومنذ التاريخ بدأ اهتمام الهيئات الصحية في جميع أنحاء العالم المتحضرة يتجه إلى التركيز على برامج الصحة المدرسية (نصر، ١٩٨٥).

وعلى صعيد الوطن العربي فقد كانت مصر أول دولة عربية اهتمت بالصحة المدرسية، وكان ذلك عام (١٨٨٢) ثم تلتها العراق عام (١٩٣٦)، وفي الأردن بدأ الاهتمام بالصحة المدرسية بأشكاله البدائية الأولى منذ أن نشأت الإمارة عام (١٩٢١) إلا أن ممارستها الفعلية بدأت منذ مطلع الستينات فأصبح هناك فريق من وزارة الصحة يقوم بجولات على المدارس بقصد فحص الطلبة، وتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية ثم بدأت وزارة التربية والتعليم وبالتعاون مع وزارة الصحة بتنظيم برامج خاصة بالصحة المدرسية، وهكذا أخذت الأمور بالتطور إلى أن وصلت إلى ما هي عليه الآن فأصبح قسم خاص بوزارة الصحة يعنى بالصحة المدرسية، من خلال أقسام الصحة المدرسية في كل مديرية من مديريات الصحة (أبو ليلى، ٢٠٠٢).

أما "الهيئة التّنفيذية لمجلس وزراء الصّحّة لدول مجلس التعاون" و"مكتب التّربية العربيّ لدول الخليج" (السّياسات الإقليميّة في مجال المدارس المعزّزة للصّحّة، ٢٠٠٩) فقد اهتمت في إدماج كلّ من الصّحّة المدرسيّة والتّربية من أجل الصّحّة، ضمن مقاربة واحدة تتمحور حول "التّنمية الإنسانيّة صحيّا"، وإعادة هيكلة هذا القطاع من التنمية مؤسسياً ووظيفياً بعيد عن التكرار الوظيفي بين الشريكين الصحي والتربوي من خلال:

بلورة إستراتيجيّةٍ خليجيّةٍ متوسّطةِ الأمدِ، مستقلّةٍ، ومتعدّدةِ القطاعات، وإعلانها ونشرها، وتفعيلها.

إنشاء مؤسّسة أكاديميّة أو تدريبيّة خليجيّة عليا (كليّة أو معهد) لإعداد فئات مهنيّة مختلفة أوتأهيلِها (مدرّبي مدرّبين، مدرّبين، اختصاصيّين) والتّخصّص في مجال التّعزيز الصّحّيّ المدرسيّ.

توسيع قاعدة فئات الأطفال المستهدفين بتعزيز الصّحّة؛ بحيث تشمل مستقبلا، أطفال التّعليم ما قبل المدرسيّ.

إيلاء مزيد من العناية ببرنامج المدارس المعزّزة للصّحّة التي بدأت تترتّب على التّوجّه السّديد إلى تبنّي نهج المدارس الشاملة (Inclusive Schools) والمرحّبة (Welcoming Schools) بذوي الاحتياجات الخاصّة، لاسيما على صعيد المبنى المدرسيّ، وتهيئة المرافق، وتوفير الخدمات، وتنويع المناهج وطرائق التّدريس.

تعريف القطاع الخاصّ بفرص الاستثمار في مجال المدارس المعزّزة للصّحّة، عبر إبرام اتّفاقيّات أو تبنّي برامج مشتركة، لتفعيل الشّراكات بين دول المجلس ودول الإقليم، وبعض دول العالم في مجال تعزيز الصّحّة بالتّعليم.

وتكمن مهمة قسم الصحة المدرسية في الإشراف على العناية الصحية الوقائية ليتمكن القسم من القيام بالأعمال الآتية (السبول، ٢٠٠٤):

إجراء الفحص الطبي الكامل الدوري لجميع الطلبة، ومكافحة الأمراض السارية بين الطلبة، وتطعيمهم باللقاحات كلما دعت الحاجة إلى ذلك، والإشراف المستمر على مباني المؤسسات التعليمية الحكومية والخاصة، والتأكد من استيفائها للشروط الصحية المطلوبة، والكشف عن مباني المؤسسات التعليمية قبل الموافقة على استعمالها.

إنشاء العيادات الطبية المدرسية والإشراف عليها.

يعد مفهوم الصحة من المفاهيم المتعلقة بحياة الإنسان الذي يعنى بالسلامة من المرض، إذ عرفتها منظمة الصحة العالمية (١٩٨٨، ٥) بأنها: "حالة من اكتمال السلامة البدنية، والعقلية، والاجتماعية، وليست مجرد عدم وجود المرض.

والصحة بشكل عام حالة من التكامل الجسدي والنفسي، والعقلي والاجتماعي، وليست مجرد الخلو من الأمراض (السبول، ٢٠٠٤)، وعرفها بني خلف (٢٠٠٧، ١٥) على أنها: "مجموعة المفاهيم والمبادئ والأنظمة والخدمات التي تقدم لتعزيز صحة الطلبة في السن المدرسية، وتعزيز صحة المجتمع من خلال المدارس". أما الصحة المدرسية فقد عرفتها منظمة الصحة العالمية (١٩٨٩، ١٤) على أنها: "برنامج متخصص يعود إلى برامج الصحة العامة ويوجه اهتمامه للطفل والشاب بالسن المدرسي وله مكوناته".

أهداف الصحة المدرسية

إن برنامج الصحة المدرسية يشمل كافة نواحي النشاط التي تتم لصالح الصحة في المدرسة ولخصت الجبوري (٢٠٠٢)، وخضير (١٩٩٢)، وزيدان (١٩٩٤)، والسبول (٢٠٠٤) أهداف الصحة المدرسية بما يأتي:

تهيئة الحياة المدرسية الصحية أي ايجاد الوسط المناسب، والبيئة الصحية اللازمة للنمو البدني، والعقلي، والاجتماعي، وتقدير المستوى الصحي للطلبة عن طريق الفحوص الطبية الدورية. واكتشاف الانحرافات الصحية البدنية، أو النفسية، والعمل على تقويمها بالمعالجة المبكرة قدر المستطاع، وتوفير عناية خاصة للطلبة المصابين بالعاهات والمعاقين، وترويج العادات الصحية السليمة في المدرسة.

تفعيل الوقاية من الأمراض السارية في المدرسة، ومعاونة الطلبة لتحسين وتطوير معارفهم، وخلق الأوضاع التي تمكنهم من اتخاذ قرارات صحية مبنية على الفطنة والذكاء.

تطوير أسس التعاون بين المدرسة، والمجتمع لرفع شأن الصحة وحماية الطلبة من الأضرار، والمخاطر التي قد يتعرضون لها الطلبة في المدرسة، وذلك بإزالة مسببات الخطر، وتقليل أو الحد من التعرض لها، وتوفير الاحتياطات والإجراءات الوقائية اللازمة لتوافر بيئة دراسية آمنة، وايجاد الوعي لدى الطلبة بالأساليب والطرق الآمنة في الحياة المدرسية اليومية، وأهمية الالتزام بقواعد السلامة العامة، والصحة المدرسية، لرفع معنويات الطلبة وزيادة ثقتهم بأنفسهم لتعزز تحصيلهم العلمي.

تنظيم اليوم الدراسي بصورة تحقق المناخ الصحي العام، وتراعي عدم إجهاد الطلبة والمعلمين جسمياً وعقلياً، وتوفير بيئة صحية آمنة يشعر من خلالها الطلبة والمعلمون بالراحة، والأمن جراء سلامة الأجهزة، والمرافق المدرسية، وجاهزيتها للاستعمال، وتوافر الشروط الصحية للمرافق، والمباني المدرسية من حيث الإضاءة والتهوية، ونظافة خزانات المياه، والتخلص من النفايات، والمهملات، ويمكن لمدير المدرسة الاستعانة بلجان طلابية صحية بإشراف المعلمين، لهذا الغرض بحيث تتولى تلك اللجان الإشراف على نظافة الصفوف وتهويتها، وعلى نظافة المرافق والساحات وجاهزيتها.

الإشراف على مقصف المدرسة، والتأكد من نظافته، وسلامة المأكولات، والمشروبات المقدمة فيه، ومراعاته ومطابقته لشروط التغذية السليمة، ومراقبة مدة صلاحية المأكولات، والمشروبات المقدمة فيه.

نشر الوعي الصحي بين الطلبة، وتبصيرهم بضرورة العناية بصحتهم، والحفاظ عليها، وتعريفهم بأحوالهم الجسمية، وبمعنى الصحة ووسائل اكتسابها، وبالتغذية السليمة، وبكيفية الوقاية من الأمراض، وبالعادات الصحية، والدراسية السليمة، التي تحفظ الجسم والعقل، ويمكن أن يتم ذلك من خلال أنشطة متنوعة كالمحاضرات، وعرض الأفلام والنشرات والصحافة المدرسية، ويمكن الإفادة من هذا المجال في الخدمات التي توفرها المراكز الصحية وأقسام الصحة المدرسية في المناطق التعليمية، إذ تتوافر عبر المراكز الصحية خدمات إجراء الفحوصات الطبية الشاملة للطلبة وبخاصة عند التحاقهم بالمدرسة، ويتضمن التثقيف الصحي تكوين اتجاهات وعادات صحية سليمة لدى الطلبة.

نشر الوعي الصحي بين الأهل، وتنظيم التعاون معهم فيما يتعلق بالصحة السليمة والتغذية، والنظافة والوقاية من الأمراض، وآداب الأكل، والنوم والمشي، ونحو ذلك تعريفهم بالعادات الصحية السليمة المرغوب إكسابها لأبنائهم، التي تسهم في نموهم نمواً سليماً متكاملاً من النواحي الجسمية، والعقلية، والنفسية.

مبادئ التربية الصحية

يجب أن تقوم الصحة المدرسية على مبادئ التربية الصحية، التي ذكرها الأمين(٢٠٠٤) كما يأتي:

- التربية الصحية مسؤولية مشتركة بين المدرسة والبيت والمجتمع.
- تنجح التربية الصحية في المدرسة إذا حظيت باهتمام الإدارات المدرسية.
- تتوقف الصحة الشخصية للفرد على عوامل وراثية وعوامل مكتسبة.
- تدريس برامج التربية الصحية يجب أن يكون جزءاً من المنهاج المدرسي.

وأوضح فريحات (١٩٩٧) إن دوافع الاهتمام بالصحة المدرسية تتمثل فيما يأتي :

- يشكل الطلاب قطاعاً واسعاً من المجتمع قد يصل إلى ما يزيد عن ربع مجموع السكان.
- تمثل مرحلة الطفولة حجر الأساس والعمود الفقري لبناء الفرد.
- يتعرض الطفل خلال فترة طفولته إلى العديد من المشكلات الصحية التي تؤثر في حياته.
- تتميز مرحلة الطفولة بنموها السريع جسمياً وعقلياً.

أما الشمري (١٩٩٢) فرأى أن على الإدارة المدرسية أن تجعل التثقيف الصحي هدفاً كبيراً من الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، وأن يتمحور التثقيف الصحي حول الأهداف التي حددتها منظمة الصحة العالمية، المتمثلة بتأكيد أهمية الصحة مصدر قوة للمجتمع، وإمداد الطلبة بالخبرات والمعلومات التي تساعدهم على حل مشكلاتهم الصحية بأنفسهم.

ويقع على كاهل الإدارة المدرسية مسؤولية تغيير النظام الغذائي للطلبة، من خلال العمل الجاد على توجيه الطلبة نحو التغذية الصحية السليمة، ويمكن للإدارة المدرسية أن تقوم بذلك من خلال التأكد من صلاحية المواد الغذائية والمشروبات التي تقدم في المقصف المدرسي (عبد الوهاب، ٢٠٠٥)، وكذلك الاهتمام بالشروط الصحية للمقاصف من حيث التهوية والإضاءة، والتأكد من وجود شهادات صحية لدى من يعمل في إعداد الطعام وتجهيزه (مرسي، ٢٠٠٥).

إن خدمات الصحة المدرسية أصبحت لا تقتصر على كونها وظيفة للأطباء والممرضين والطاقم السريري ليشترك في أداء مهماتها أفراد الأسرة التربوية مع التركيز بالذات على دور المعلمين والمديرين (Gold, 2004)، وأشار سمرفيلد (Summerfield, 2000) إلى أن الصحة المدرسية تتعدى كونها مسؤولية مؤسسة أو إدارة واحدة وعملاً تنسيقياً تتضافر فيه

الجهود بين كل الجهات المعنية، وهذا توجه على مستوى العالم، إلا أنه أكثر تبلوراً في الدول المتقدمة صناعياً (Lavin, 1993) وتتناول موضوعات كبيرة وواسعة متشعبة، مما يدعو إلى برمجة هذه الاهتمامات في برامج محددة الأطر والأهداف يمكن من خلالها معالجة شتى المشكلات التي تثبت أولوياتها من بين الاهتمامات الصحية.

ويعد تعزيز الصحة المدرسية ليس فقط مهمة العاملين في المجال الصحي بل هي مهمة مديرة المدرسة، وجميع أفراد أسرة المدرسة والمجتمع؛ لذا فهناك حاجة إلى تعزيز دور مديرات المدارس بكل ما يعزز الصحة المدرسية، وإن نجاح واقع الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية، وتبنّيها عالمياً خير دليل على أن المدارس يمكن أن تعزز صحة طلبتها والعاملين فيها، بل وتتعدى ذلك إلى المجتمع كله، وتقوم مبادرة المدارس الابتدائية المعززة للصحة على ربط التعليم بتعزيز الصحة في المدارس (الأنصاري، ٢٠٠٧).

وأوضح السبول (٢٠٠٤) بأن مديري المدارس الابتدائية يجب أن يكون لهم دور فعال في تحقيق الصحة المدرسية للأطفال في هذه المرحلة العمرية التي تمثل شريحة كبيرة من المجتمع قد تصل إلى ربع عدد السكان.

وتوفر المدرسة الابتدائية في دولة الكويت فرصة كبرى للعناية بالطلبة، إذ تتوافر الفرصة للتأثير فيهم وإكسابهم المعلومات، وتعويدهم على السلوك الصحي في هذه المرحلة من العمر، التي تعد مرحلة نمو، تطوراً ونضجاً، وتحدث خلالها الكثير من التغيرات الجسمية، والعقلية، والاجتماعية، والعاطفية، ولا بد أن تتوافر للطلبة في هذا العمر المؤثرات الكافية لحدوث هذه التغيرات في حدودها الطبيعية، إذ يكون الطلبة في هذه المرحلة العمرية أكثر عرضة للإصابة بالأمراض، وهم عرضة للإصابات والحوادث، كما يكتسب الطلبة السلوك المتعلق بالحياة عموماً، وبالصحة بصفة خاصة، ويحتاجون إلى جو تربوي يساعد في اكتساب هذه العادات، كما توفر إدارات المدارس جواً مناسباً لتعديل السلوك الصحي الخاطئ.

وقد أشارت طوقان (٢٠٠٣) إلى أن هدف مديري المدارس من التقدم بالصحة المدرسية هو تعزيز صحة المجتمع المدرسي والبيئة المدرسية، والإسهام في الارتقاء بمستوى التحصيل العلمي للطلبة من خلال تطبيق البرنامج الشامل للصحة المدرسية الهادفة إلى تعريف العاملين في المجال التربوي والصحي بأولويات المشكلات الصحية في السن المبكر للطلبة، وإكساب القائمين على الصحة المدرسية مهارات التخطيط والتنفيذ والتقويم لبرامج الصحة المدرسية، وإكساب العاملين في المجال التربوي الصحي القدرات والمهارات اللازمة للكشف المبكر عن المشكلات الصحية وتزويد العاملين في المدرسة بمهارات التوعية الصحية المدرسية، ومعاونة الطلبة والتربويين والعاملين في المجال الصحي في مراقبة البيئة الصحية المدرسية وتحسينها، والتنسيق مع الجهات الصحية الأخرى في تقديم الخدمات العلاجية المتقدمة، وتحسين الخدمات الطبية، وتوفيرها وتسهيل الوصول إليها وقبولها، وتوفير البيئة الصحية المناسبة للطلبة وتحسين القاعدة المعلوماتية لصحة الأطفال والمراهقين.

وأوضحت الأمعري (٢٠٠٢) إلى أن دور مديري المدارس في تطوير واقع الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية بدأت بصفة علاجية من حيث الهدف والمحتوى، ثم تحولت إلى توفير الخدمات الوقائية مثل مكافحة العدوى وإعطاء التطعيمات وتطوير إجراءات لكيفية التعامل مع الأمراض المعدية، وبعد ذلك انتقلت من الاعتماد على الأطباء وهيئة التمريض السريري إلى فئات متخصصة، ولكنها أقل تأهيلاً، مثل (المشرف الصحي، والزائر الصحي، والمثقف الصحي، وممرض الصحة المدرسية، وفني صحة الفم والأسنان)، وزيادة الاهتمام بتقديم الخدمات الصحية وتعزيز الوقاية الصحية الأولية من الأمراض المنتشرة في المجتمع، وتطوير الخدمات الصحية والمقدمة في الصحة المدرسية من التعامل مع المشكلات الجسدية، وانتقلت أعمال الصحة المدرسية من العيادات والمستشفيات إلى داخل المؤسسات التعليمية والتربوية خاصة في المرحلة الابتدائية في المدرسة.

أنواع الخدمات الصحية المدرسية

وهناك نوعان من الخدمات الصحية المدرسية التي تقدم في المدارس (Jeanine and Didier, 2010):

أولاً: الخدمات العلاجية، وتقوم على الكشف المبدئي على الطلبة المستجدين، وإعطاء الإجازات وتصديقها، والكشف على المرضى وعلاجهم والإشراف الصحي على الأنشطة والمناسبات والتجمعات الرياضية والكشفية للطلبة.

ثانياً: الخدمات الوقائية، تقوم على التطعيمات التنشيطية والموسمية عند دخول المدارس، ومراقبة المقاصف المدرسية، ومتابعة مدى توافر الشروط الصحية فيها، ومراقبة البيئة المدرسية، وتقديم الأنشطة التوعوية من محاضرات، ونشرات صحية، وبرامج تثقيفية، والمشاركة في المناسبات الصحية المحلية، والإقليمية، والدولية.

وأشار خندقجي (٢٠٠٠) إلى أن الرؤية المستقبلية لواقع الصحة المدرسية للمدارس الابتدائية تبدأ بتحديد مشرف صحي في كل مدرسة يتولى مجموعة من المهمات منها: التنسيق لخدمات الصحة المدرسية وبرامجها، ودعم نظام الصحة المدرسية بالكوادر التربوية والتنسيق مع بقية مقدمي الخدمات العلاجية للتعامل مع الحاجات العلاجية للطلبة ومنسوبي التعليم، وتحويل الوحدات الصحية إلى مراكز للإشراف على برامج الصحة المدرسية وخدماتها، وتحويل الوظائف الصحية إلى كوادر وقائية تخطط للبرامج الوقائية في المدارس، وتشرف على تنفيذها وتقويمها، وتخصيص بعض المخصصات المالية التي تصرف على المواد والتجهيزات الطبية (أدوية، وغيرها) لتمويل البرامج الوقائية، وتحويل أنظمة المعلومات الصحية وتقويم الأداء في الوحدات من إحصاءات علاجية عن المراجعين والمرضى إلى نظام لمراقبة المؤشرات الصحية في المدارس على مستوى وطني مثل مؤشرات الحالة الغذائية كالطول والوزن ومؤشرات بعض الأمراض الأخرى الأكثر انتشاراً كتسوس الأسنان، وضعف البصر،

والسمع، ومؤشرات بعض المشكلات السلوكية المتعلقة بالصحة كالتدخين، ومؤشرات المشكلات المتعلقة بالتحصيل الدراسي.

ويلاحظ أن هناك اتفاقاً حول العلاقة الوثيقة بين التربية والصحة، فكلاهما يسعى إلى توفير الظروف الملائمة للفرد لمساعدته على النمو الشامل في جميع النواحي النفسية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، كما يلاحظ أن الغاية الأساسية من التربية الصحية هي إكساب الفرد المعرفة الصحية المناسبة والفعّالة التي تؤدي إلى إكساب الفرد العادات والاتجاهات الصحية السليمة (العلي، ٢٠٠١).

ثانياً: الدراسات السابقة

عمل الباحثان على تقسيم الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث وفقاً لتسلسلها الزمني من الأقدم إلى الأحدث، كما هو مبين تالياً:

أجرت الجبر (١٩٩٢) دراسة هدفت إلى معرفة مدى توافر الشروط الصحية والفنية الخاصة بالأثاث المستخدم في الحجرات الدراسية في مدارس التعليم العام في الكويت، ولمعرفة تأثير متغير المرحلة التعليمية (ابتدائي- متوسط- ثانوي)، وتكونت عينة الدراسة من (٦٥٢) معلماً ومعلمة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: توافر الشروط الصحية والفنية في الأثاث المستخدم داخل حجرات الدراسة، التي منها: ارتفاع المقاعد للتلاءم مع طول سيقان الطلبة، الحافة الأمامية للمقاعد متداخلة مع الحافة الأمامية للأدراج، أما الشروط الصحية والفنية الأقل توافراً في الأثاث المستخدم داخل حجرات الدراسة، منها: عدم لصق الأدراج والكراسي الجانبية بالحائط، وعدم قابليته للكسر بسهولة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى توافر الشروط العلمية والفنية الخاصة بالأثاث لصالح المرحلة المتوسطة.

وهدفت دراسة داوود وفلاح (١٩٩٥) إلى تقصي مدى التحسن الذي طرأ على المعرفة، والاتجاهات، وممارسات الطلبة الصحية الذين شاركوا في مشروع المدارس المعززة للصحة المدرسية، وتم التركيز على موضوعات تتعلق بالصحة، وهي: الوقاية الشخصية، والبيئية، والتغذية السليمة، والفعاليات الجسمانية والأمان، والسلامة، وشاركت في هذا المشروع (٤٩) مدرسة أساسية في خمس محافظات، وتم اختيار عينة عشوائية طبقية بلغ عدد أفرادها (١٩٣٥) تلميذاً قبل تنفيذ المشروع، وبعد تنفيذ المشروع كانت العينة (١٩١٩) تلميذاً، وأشارت النتائج في المرحلة الأولى ما قبل تنفيذ المشروع إلى مستوى عال من المواقف الإيجابية، وتوجهات إيجابية نحو موضع الصحة المفحوصة، أما بالنسبة للتصرفات، فقد وجد أنها أقل قيمة من المواقف، ولكنها كانت أفضل من مستويات المعرفة حيث أن المعرفة، حصلت على أقل تقدير قبل تنفيذ المشروع.

وأجرى فانكور (Vancour, 1995) دراسة تهدف إلى تقويم فاعلية برنامج التربية الصحية المدرسي، وطبقت هذه الدراسة على عينة مؤلفة من (١٤٤) معلماً ومعلمة للمدارس الثانوية في ولاية فرجينيا في الولايات المتحدة الأمريكية، وكانت نتيجة الدراسة أن هناك اختلافاً

في تطبيق هذه الخدمة بالنسبة للمعلمين والمعلمات، وكانت النتائج لصالح الإناث، إذ كن أكثر التزاماً في تطبيق هذه البرنامج في أثناء الخدمة، وإحداث التغييرات المرجوة في موضوعات الصحة الجسمية والنفسية للطلبة.

وهدفت دراسة مقابلة (١٩٩٦) إلى تقصّي العادات غير الصحية التي يمارسها الأطفال الأردنيون، من وجهة نظر أمهاتهم في مرحلة التعليم الأساسي، ومعرفة ما إذا كانت هناك علاقة لهذه العادات ودرجة ممارستها بمجموعة من المتغيرات كجنس الطفل، والمستوى التعليمي للأم، والدخل الشهري للأسرة، وكذلك الترتيب الولادي للطفل. ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق استبانة العادات غير الصحية على عينة مكونة من (٣٦٥) أمّاً من الأمهات العاملات، وغير العاملات في محافظات إربد، وعجلون، والمفرق، إذ تم اختيارهن بطريقة عشوائية. وتوصلت الدراسة إلى أن أبرز هذه العادات مرتبة على النحو الآتي: (ترك الفراش بلا ترتيب بعد النوم، مشاهدة التلفاز عن قرب شديد، استخدام مناشف ومناديل أفراد الأسرة، تمشيط الشعر بأمشاط غيره في المنزل، إلقاء النفايات على الأرض خارج المنزل)، وكذلك فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ممارسة العادات غير الصحية تعزى إلى جنس الطفل، سواءً على مجالات الدراسة أم على المقياس ككل، كما برزت قيم تتعلق باختلاف العادات غير الصحية لدى الأطفال باختلاف مستوى تعلم الأم، كما كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى مستوى تعليم الأم، فكلما ارتفع مستوى تعليم الأم، قلت العادات غير الصحية.

وهدفت دراسة بالمر (Palmer,1998) إلى معرفة دور المعلمين في تلبية الحاجات الصحية والاجتماعية للطالب الواقع في خطر وشملت عينة الدراسة (١٢٠) معلماً في المدارس الثانوية في نيويورك، ويتمحور سؤال الدراسة حول كيفية إدراك المعلمين لدورهم في تلبية الحاجات الصحية والاجتماعية للطالب الذي يتعرض إلى خطر، وطبيعة الأحداث والظروف التي تشكل الخطر على الطالب وأثرها في تشكيل هذا الدور: وتبين من خلال نتائج هذه الدراسة أن هناك أزمة في دور المعلم في هذه الظروف والأحداث.

في حين جاءت دراسة كرامر (Cramer, 1999)، إلى معرفة اتجاهات الآباء نحو برامج الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في نبراسكا، وتكونت العينة من (٢٦٥) من أولياء الأمور، وذلك من خلال المقابلات الشخصية لمعرفة وجهة نظرهم في فعالية تلك البرامج، وإمكانية دعم هذه البرامج مادياً من قبل مجالس أولياء الأمور، وكانت نتائج الدراسة أن نسبة كبيرة من الإجابات دعمت فعالية هذه البرامج في تحسين صحة الطلبة، وفي إمكانية دعمها مادياً.

أما دراسة خندقجي (2000) فقد هدفت إلى تعرف واقع خدمات الصحة المدرسية التي يمارسها أطباء الصحة المدرسية من وجهة نظر مديري المدارس والمشرفين في محافظة إربد، وتكونت عينة الدراسة من (٥٥٠) مديراً ومشرفاً صحياً، تكونت أداة الدراسة المتمثلة بالاستبانة من (٦٣) فقرة، وأظهرت نتائج الدراسة: أن واقع خدمات الصحة المدرسية التي يمارسها أطباء الصحة المدرسية كانت من وجهة نظر مديري المدارس والمشرفين بمستوى متوسط، كما

أظهرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α=٠.٠٥) تبين وجهات نظر مديري المدارس والمشرفين حول واقع خدمات الصحة المدرسية التي يمارسها أطباء الصحة المدرسية في المدارس الحكومية في محافظة إربد تعزى لمتغير الوظيفة وكانت لصالح المديرين، ومتغير الجنس كان لصالح الذكور ومتغير الخبرة لصالح ذوي الخبرة من سنة إلى خمس سنوات، كما أظهرت النتائج وجود فروق تعزى لمتغير المؤهل العلمي ولصالح الحاصلين على درجة البكالوريوس.

وأجرى العلي (٢٠٠١) دراسة لمعرفة مستوى الثقافة الصحية لدى طلبة المراحل الأساسية العليا في المدارس الحكومية في محافظة جنين، فضلاً عن تحديد أثر متغيرات كل من جنس الطالب ومكان إقامته، ومستوى تعليم الأب، ومستوى تعليم الأم، ومستوى تحصيل الطالب في مادة العلوم، على مستوى الثقافة الصحية، وتكونت عينة الدراسة من (٤٧٠) طالباً وطالبة، وأظهرت نتائج الدراسة أن متوسط إجابات الطلبة على الاختبار ككل بلغ (٧٨%) وكان متوسط إجابات الطلبة على مجال صحة البيئة في الترتيب الأول ومتوسط الإجابة عن مجال السلامة العامة والوقاية من الأمراض في الترتيب الثاني، على مجال الصحة الإنجابية في الترتيب الثالث، وجاء متوسط إجابات الطلبة على مجال التغذية في الترتيب الأخير، وأخيراً أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الثقافة الصحية لصالح الإناث، ومستوى تعليم الأب، ومستوى تعليم الأم، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية في متسوى الثقافة الصحية تعزى لمستوى تحصيل الطالب.

وأجرى هولندر (Hollander, 2002) دراسة هدفت إلى تزويد معلومات صحية للجمهور: مسح للممارسات الحالية في مكتبات العلوم الصحية، وتكونت عينة الدراسة من (٧٠٠٠) طالب وطالبة من الصفوف (٥-١٢)، وزعت عليهم استبانة، ودلت التائج على أن الإناث يفضلن الحصول على المعلومات الصحية عن طريق حصة التربية الصحية، بينما يفضل الذكور المجلات والانترنت، وأشار غالبية أفراد العينة إلى أن الموضوعات الصحية التي يجب أن تناقش معهم تتمثل في الأمراض الجنسية، والتدخين، والمخدرات، والكحول.

وهدفت دراسة طوقان (٢٠٠٣) إلى تعرف واقع برامج الصحة المدرسية للمراحل الأساسية الدنيا في المدارس الحكومية، والمدارس التابعة لوكالة الغوث من وجهة نظر معلمي ومعلمات هذه المراحل في محافظة نابلس، وتكونت عينة الدراسة من (٤٣٣) معلماً ومعلمة من المراحل الأساسية الدنيا. وتكونت استبانة الدراسة من (٧٢) فقرة موزعة على أربعة مجالات، وأسفرت الدراسة عن النتائج الآتية: أن مجالات الدراسة حصلت على النسب الآتية : مجال الصحة البيئية (٦٨%)، والصحة الجسمية (٦٦%)، والصحة النفسية (٦٩%)، والصحة الاجتماعية (٧٦%) والدرجة الكلية لواقع برامج الصحة المدرسية (٧٠%). ولا توجد فروق دالة إحصائياً في واقع برامج الصحة المدرسية بمجالاتها للمراحل الأساسية الدنيا في المدارس الحكومية، وكذلك التابعة لوكالة الغوث في محافظة نابلس تبعا لمتغيرات الجنس، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، ودوام المدرسة.

أما دراسة العصيمي (٢٠٠٤) فبحثت واقع الصحة المدرسية في مقصف المدرسة، في مدارس المرحلة الابتدائية في مدينة الرياض، وتكونت عينة الدراسة من (٢٥٠) طالباً من مدارس مختلفة بمنطقة الرياض، وأظهرت النتائج أن هناك نسبة من الطلبة بلغت٥٧% أصيبوا بتسوس الأسنان، وأن الطللبة يقبلون على المشروبات الغازية والمضرة صحياً بنسبة 86% فيشربونها أكثر من ثلاث مرات أسبوعياً. كما أظهرت نتائج الدراسة أن هناك مراقبة من قبل المسؤولين عن برامج الصحة المدرسية والمشرفين للتطعيمات التنشيطية والموسمية وعند دخول المدارس، ولا توجد هناك مراقبة للمقاصف المدرسية ومتابعة الاشتراطات الصحية فيها.

وقام فضل الله (٢٠٠٤) بدراسة هدفت إلى الوقوف على تجربة الإدارة العامة للصحة المدرسية في تعزيز نمط المعيشة من خلال برامج التربية الغذائية، وأشارت نتائج هذه الدراسة النظرية إلى أن التغذية تعد من أهم محددات الصحة في المجتمع المدرسي، فهي تؤثر في نشاط الطلاب العلمي والحيوي، وأشارت الدراسة إلى البرامج التي قامت الإدارة بتبنيها مثل: برنامج التربية الغذائية (غذاؤك حياتك)، ولائحة الاشتراطات الصحية للمقاصف، وبرنامج منتدى المعارف الصحي. كما استعرضت الدراسة خلاصة تجربة الإدارة في برامج التوعية الغذائية، وملامح تطبيقها على مستوى المملكة مع ما تواجهه من تحديات تعترضها.

وتناولت دراسة الأنصاري (٢٠٠٧ ب) تجارب الصحة المدرسية في الدول الأعضاء بمكتب التربية في دول الخليج العربي، واستخدمت الدراسة الأسلوب الوصفي لتنظيم المقاصف المدرسية، وبرامج التوعية الغذائية، وبرامج المشرف الصحي، مقارنة ذلك كله بتجارب دولية وإقليمية. وأشارت الدراسة إلى أن الصحة المدرسية في المملكة العربية السعودية لا تزال بحاجة إلى المزيد من الاهتمام حتى ترتقي إلى مصاف بعض الدول المتقدمة.

وأجرت الصعوب (٢٠٠٩) دراسة هدفت إلى معرفة : "درجة تطبيق برامج الصحة المدرسية في المدارس الأساسية في الأردن"، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير استبانة وزعت على (٢٧٤) مديراً ومديرة، و(٩١) مشرفاً ومشرفة، و(٧٠٨) معلمين ومعلمات، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن درجة تطبيق برامج الصحة المدرسية في الأردن جاءت متوسطة من وجهة نظر كل من المديرين، والمشرفين الصحيين، والمعلمين ،كما أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الدراسة تعزى إلى متغير الوظيفة (لصالح المشرفين الصحيين)، وإلى متغير الموقع الجغرافي (لصالح إقليم الوسط).

أما دراسة ويليم وأنجيلا (William and Angela, 2010) فقد هدفت إلى تأكيد التقدير والتقويم لصحة الطالب في كليات الجامعات الخاصة بتدريس الطلبة السود في ولاية تكساس الأمريكية والتعرف إلى الطرق والإجراءات الصحية داخل الكليات من طرق التدفئة والبيئة الصحية الملائمة والتجهيزات الملائمة، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طالباً تم اختيارهم من كل كلية، كما تم إجراء مقابلة مع القائمين على تطبيق برامج الصحة الطلابية في الكليات أظهرت نتائج الدارسة أن هناك برامج حديثة وجيدة طبقت خلال العام ٢٠١٠ تهدف إلى رفع

مستوى الصحة الطلابية، كما أظهرت نتائج الدراسة أن هناك رضاً واضحاً من قبل الطلبة وأن الكليات بدا عليها الاهتمام فيما يخص التجهيزات الصحية المناسبة والبيئة المناسبة.

وفي دراسة جيانين وديدير (Jeanine and Didier, 2010) التي هدفت التعرف إلى مستوى الرعاية الصحية المدرسية والطرق الحديثة المستخدمة في تقييم برامج الصحة المدرسية من خلال مسح واقع معرفة وإدراك الطلبة والمعلمين والمديرين لمفاهيم الصحة المدرسية، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) مديراً و(١٠٠) معلم و(٢٠٠) طالب، استخدمت الاستبانة وسيلة لجمع البيانات، وأظهرت الدراسة أن هناك جهلاً من قبل الطللبة والمعلمين والمديرين حول مفاهيم الصحة المدرسية، وأن برامج الصحة المدرسية المطبقة غير فاعلة في دورها، كما أن البرامج الصحية المستخدمة في هذه المدارس قديمة.

موقع الدراسة الحالية منها

إن أهم ما يميز هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات السابقة أنها تناولت مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات، بخلاف الدراسات السابقة التي تناولت مديري المدارس، والمعلمين وبرامج التربية الصحية، وتميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أنها تناولت مستوى الصحة المدرسية في المدارس الإبتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات على حد سواء، ثم أنها بحثت في أثر بعض المتغيرات المتعلقة بالمديرات والمعلمات في تقديراتهن للصحة المدرسية إذ لم تجر على– حد علم الباحثين- أي دراسة تناولت موضوع مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات، إذ اعتمدت على تقييم (المديرات، والمعلمات) إذ إنهن يشاركن في تقييم الواقع الصحي لمدارسهن.

وتأتي هذه الدراسة محاولة للتوصل إلى مجموعة من المؤشرات الواجب توافرها في الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت، كما يمكن أن تشكل هذه الدراسة إضافة جديدة إلى حقول المعرفة وخصوصاً المكتبة العربية، ويمكن أن تكون هذه الدراسة نواة لدراسات أخرى تبحث في الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت، ودراسة متغيرات أخرى تؤثر على الجانب الصحي في المدرسة.

منهج الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي المسحي، للتعرف إلى مستوى الصحة المدرسية بالاعتماد على الدارسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع مديرات المدارس الابتدائية في دولة الكويت، والبالغ عددهن (٣٨٤) مديرة، وجميع معلمات المرحلة الابتدائية في دولة الكويت البالغ عددهن (٢٤٦٤٩) معلمة في دولة الكويت والملتحقات بعملهن خلال الفصل الدراسي الثاني من العام

الدراسي٢٠١٠/٢٠١١، وفقاً لإحصاءات وزارة التربية للعام (٢٠٠٩)، والجدول (1) التالي يوضح توزيع مديرات المدارس والمعلمات في دولة الكويت:

جدول (١): توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفقاً للوظيفة والمنطقة التعليمية.

المنطقة التعليمية	المديرات	المعلمات
العاصمة	٦٩	٣٨٠٤
الفروانية	٦٧	٤٧٦٩
مبارك الكبير	٥١	٢٨٨١
الأحمدي	٧٨	٥٣٢٤
الجهراء	٦٢	٤٢٨٨
حولي	٥٧	٣٥٨٣
المجموع	**٣٨٤**	**٢٤٦٤٩**

عينة الدراسة

تم اختيار ثلاث مناطق تعليمية من المناطق الست في دولة الكويت بطريقة عشوائية بحيث تغطي شمال ووسط وجنوب الكويت، وبنسبة (٥٠%) من المناطق التعليمية، إذ اشتملت العينة على المناطق الآتية: منطقة العاصمة التعليمية، ومنطقة الأحمدي التعليمية، ومنطقة الجهراء التعليمية، ثم تم اختيار عينة الدراسة الكلية من المناطق الثلاث بالطريقة الطبقية العشوائية، وعلى النحو الآتي: عينة المديرات إذ تم اختيار (١٠٤) مديرات، وبنسبة بلغت (٥٠%) من مجتمع المديرات. وعينة المعلمات إذ تم اختيار (٦٧٠) معلمة وبنسبة (٥%) من المعلمات بالمرحلة الابتدائية في مدارس دولة الكويت.

أداة الدراسة

لتحقيق هدف الدراسة المتمثل في معرفة مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر مديرات ومعلمات مجتمع الدراسة، ولغايات جمع البيانات، قام الباحثان ببناء أداة الدراسة المتمثلة بالاستبانه بعد الاطلاع على الأدب النظري ذي العلاقة بموضوع الصحة المدرسية، والبحوث والرسائل الجامعية ذات الصلة بموضوعها مثل دراسة طوقان (٢٠٠٣)، ودراسة خندقجي (٢٠٠٠)، ودراسة الصعوب (٢٠٠٩)، ودراسة الجبر (١٩٩٢)، وقد تكونت الاستبانة في صورتها الأولية من (٣٠) فقرة، في حين تكونت الاستبانة في صورتها النهائية من (٣٥) فقرة.

صدق أداة الدراسة

للتحقق من صدق أداة الدراسة، قام الباحثان بعرضها بصورتها الأولية على (١٢) محكماً من أعضاء هيئة التدريس المختصين في الإدارة التربوية وأصول التربية، وعلم النفس، والقياس

والتقويم في جامعة الكويت والجامعات الأردنية، ومن ذوي الخبرة والكفاءة، وطلب منهم التأكد من وضوح فقرات أداة الدراسة، ومدى صلاحيتها لقياس ما صممت لأجله، ومدى ملاءمتها لأهداف الدراسة، وعدت ملاحظاتهم دلالات صدق من خلال: إجماع ٨٠% فأكثر من المحكمين على الفقرة فيتم اعتمادها، حيث تمت إضافة (٥) فقرات من المحكمين وتم تعديل بعض الفقرات من حيث الصياغة، وفي ضوء ذلك أصبح عدد فقرات الاستبانة في صيغتها النهائية (٣٥) فقرة.

ثبات أداة الدراسة

للتأكد من ثبات الأداة، اعتمد الباحثان طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (test-retest)، وذلك بتطبيقها على عينة من خارج عينة الدراسة بلغ عدد أفرادها (١٥) مديرة، و(٢٥) معلمة، وقد تمت إعادة تطبيقها عليهم بعد مضي أسبوعين، وبعد ذلك تم احتساب معامل الثبات باستخدام معامل ارتباط بيرسون، وقد بلغت قيمته (٠.٨٣) وتعد هذه القيمة مقبولة لغايات الدراسة الحالية، كما تم التحقق من ثبات أداة الدراسة بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا(Cronbach-Alpha)، فبلغت قيمة معامل الثبات (٠.٨٩)، وهي قيمة مقبولة لأغراض هذه الدراسة.

إجراءات الدراسة

بعد أن تم إعداد أداة الدراسة، والتحقق من صدقها وثباتها، واعتماد الاستبانة بصورتها النهائية، تم تحديد المناطق التعليمية في دولة الكويت بالرجوع إلى وزارة التربية، ومن ثم تم اختيار منطقة من شمال الكويت ومنطقة من الوسط ومنطقة من الجنوب وبطريقة عشوائية، من خلال تحديد عدد المديرات والمعلمات، وتم اختيار ما نسبته (٥٠%) من المديرات فبلغ عددهن (١٠٤) مديرات، وتم اختيار ما نسبته (٥%) من المعلمات فبلغ عددهن (٦٧٠)، ثم تم الحصول على كتاب لتسهيل المهمة من الجامعة، ومخاطبة وزارة التربية، التي بدورها قامت بمخاطبة مديري المناطق التعليمية المعنية، تم توزيع الاستبانه على عينة الدراسة البالغ عددها (١٠٤) مديرات و(٦٧٠) معلمة، وبلغ عدد الاستبانات التي خضعت لتحليل الإحصائي (٦٩٠) أي مانسبته (٨٩.١%) من الاستبانات الموزعة، وقد تم تفريغ الإجابات وإدخال البيانات إلى النموذج الخاص بالحاسب الآلي باستخدام الحزمه الإحصائية (SPSS).

كما تم تدريج مستوى الإجابة عن كل فقرة وفق مقياس ليكرت (Likert) الخماسي، وتم تحدديها بخمسة مستويات على النحو الآتي: مرتفع جداً ويعطى (٥) درجات، ومستوى مرتفع ويعطى (٤) درجات، ومستوى متوسط ويعطى (٣) درجات، ومستوى منخفض ويعطى (٢) درجتين، ومستوى منخفض جداً ويعطى (١) درجة واحدة، وجرى استخدام مقياس الحكم على النتائج الذي تم تقسيمه إلى (عال، متوسط، منخفض)، بالاعتماد على فئات الأداة، وعددها أربع فئات هي (١- أقل من٢.٣٣)، (٢.٣٣-إلى أقل من ٣.٦٦)، (٣.٦٦-٥)، وذلك بتقسيم عدد الفئات على عدد البدائل الخمس وهي تمثل (مرتفع جداً، مرتفع، متوسط، منخفض، منخفض جداً)، وقد حدد مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت باعتماد المعادلة الآتية :

المدى (القيمة العليا للبديل – القيمة الدنيا للبديل)

عدد المستويات =

$\frac{٥-١}{٣} = \frac{٤}{٣} = ١.٣٣$

وعليه يكون:

- المستوى المنخفض من: ١ - ٢.٣٣
- المستوى المتوسط من: ٢.٣٤ – ٣.٦٧
- المستوى المرتفع من: ٣.٦٨ – ٥

نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل وصفاً لنتائج الدراسة، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلتها، وعلى النحو الآتي:

أولاً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول الذي ينص على: ما مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات؟

للإجابة عن السؤال الأول فقد تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما تم تحديد الرتبة ومستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات، والجدول (٢) يوضح ذلك.

جدول (٢): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة ومستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المديرات مرتبة تنازلياً.

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
١٦	تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة العامة لمجتمع المدرسة.	٣.٦١	٠.٩٦	١	متوسط
١٩	تتواصل المدرسة مع أولياء الأمور عن أوضاع التلاميذ الصحية.	٣.٦٠	٠.٩٥	٢	متوسط
٢٩	تحتفظ إدارة المدرسة بسجلات طبية خاصة بكل طالب.	٣.٥٠	٠.٨٦	٣	متوسط

... تابع جدول رقم (٢)

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
١٥	تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة الشخصية .	٣.٣٩	٠.٩١	٤	متوسط
٣٥	تهتم المدرسة ببناء الجوانب المختلفة في شخصية التلميذ.	٣.٣٨	٠.٧٩	٥	متوسط
٢	تحدد المدرسة أولويات المشكلات الصحية التي يمكن أن يتعرض لها التلاميذ.	٣.٣٤	٠.٨٤	٦	متوسط
١	تحرص المدرسة على إكساب التلاميذ المعلومات الصحية الأولية اللازمة.	٣.٣٢	٠.٨١	٧	متوسط
٤	تعرض المدرسة برامج خاصة عن التغيرات النفسية والعاطفية التي يمكن أن يمر بها التلاميذ.	٣.٣٠	١.٠٨	٨	متوسط
٣	تعرض المدرسة برامج خاصة عن التغيرات الجسمية التي يمكن أن يمر بها التلاميذ.	٣.٢٩	١.٠١	٩	متوسط
٥	تحرص المدرسة على تعويد التلاميذ على السلوك الصحي السليم.	٣,٢٨	٠.٩٥	١٠	متوسط
٣٠	تتخذ المدرسة إجراءات مناسبة للوقاية من تفشي الأمراض المعدية.	٣.١٧	٠.٩٧	١١	متوسط
٢٠	توعي المدرسة التلاميذ من مخاطر ممارسات سلوكية تقود إلى مشكلات صحية كالتدخين والمخدرات وغيرها.	٣.١١	١.١٤	١٢	متوسط
١٧	تنسق المدرسة مع الجهات الصحية لتقديم الخدمات الصحية اللازمة.	٣.٠٧	٠.٩٢	١٣	متوسط
٢٨	تعالج المدرسة الحالات الصحية الطارئة على نحو فاعل وسريع.	٣.٠٣	٠.٩٣	١٤	متوسط
٣١	تناقش في اجتماعات المدرسة قضايا الصحة المدرسية بشكل جاد.	٣.٠٣	٠.٨٣	١٤	متوسط
١٤	تنسق المدرسة مع المركز الطبي لتوفير احتياجاتها من الأدوية والمواد اللازمة.	٢.٩٧	٠.٩١	١٦	متوسط

... تابع جدول رقم (٢)

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
٨	عادة ما يوجد مشرف صحي عام في المدرسة.	٢.٨٦	٠.٩٨	١٧	متوسط
٣٢	تستضيف المدرسة متخصصين في مجال الصحة لإعطاء محاضرات توعية.	٢.٨٦	٠.٦١	١٧	متوسط
١٣	تقيم المدرسة برامج توعية صحية وثقافية لنشر الوعي الصحي.	٢.٨٤	٠.٧٥	١٩	متوسط
٢٥	تعقد المدرسة دورات توعية صحية للمجتمع المحلي.	٢.٧٧	٠.٦٤	٢٠	متوسط
١٨	تؤسس المدرسة لجاناً طبية تعنى بالوعي الصحي.	٢.٧٣	٠.٧٨	٢١	متوسط
١٢	تشرف المدرسة صحياً على التجمعات التي يتواجد بها طلبتها.	٢.٧٠	٠.٧٦	٢٢	متوسط
٢٦	تخصص المدرسة يوماً في العام الدراسي يكون يوم الصحة المدرسية.	٢.٦٩	٠.٧٧	٢٣	متوسط
٢٤	تولي إدارة المدرسة برامج خدمات الصحة المدرسية عناية جيدة.	٢.٦٧	٠.٦٠	٢٤	متوسط
٣٤	تقيم المدرسة للعاملين دورات تدريبية مثل الإسعافات الأولية.	٢.٦٤	٠.٧٤	٢٥	متوسط
٣٣	تؤسس المدرسة نوادِ طلابية تعنى بالوعي الصحي.	٢.٦٣	٠.٧٣	٢٦	متوسط
٧	توفر المدرسة الخدمات الصحية الوقائية اللازمة.	٢.٦٠	٠.٨٧	٢٧	متوسط
٦	تعقد المدرسة دورات تدريبية للمعلمين العاملين فيها تنمي مهارات الكشف المبكر عن المشكلات الصحية.	٢.٥٧	٠.٧٤	٢٨	متوسط
١١	توازن المدرسة بين الخدمات الصحية الوقائية والخدمات الصحية العلاجية.	٢.٥١	٠.٧١	٢٩	متوسط
٢١	تصمم المدرسة برامج صحية مناسبة.	٢.٤٢	٠.٧٣	٣٠	متوسط
٢٢	تنفذ المدرسة برامجها الصحية بشكل فعال.	٢.٤٠	٠.٦٧	٣١	متوسط
٢٣	تخضع المدرسة برامجها الصحية لعملية تقويم مستمر.	٢.٣٣	٠.٦٠	٣٢	منخفض

... تابع جدول رقم (٢)

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
١٠	تستدعي المدرسة زائراً صحياً بشكل دوري.	٢.٢٤	٠.٦٩	٣٣	منخفض
٩	عادة ما يوجد في المدرسة فني صحة أسنان .	٢.٢٠	٠.٦٦	٣٤	منخفض
٢٧	يتوفر في فصول المدرسة صندوق خاص للاسعافات الأولية.	١.٧٦	٠.٨٩	٣٥	منخفض
	الدرجة الكلية	**٢.٨٨**	**٠.٤٨**		**متوسط**

يلاحظ من الجدول (٢) أن مستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المديرات كان متوسطاً، إذ بلغ المتوسط الحسابي (٢.٨٨) وانحراف معياري (٠.٤٨)، وجاءت الفقرات بين المستويين المنخفض والمتوسط، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية بين (٣.٦١- ١.٧٦) وجاءت في الرتبة الأولى الفقرة (١٦) التي تنص على "تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة العامة لمجتمع المدرسة"، بمتوسط حسابي (٣.٦١) وانحراف معياري (٠.٩٦) وبمستوى متوسط، وفي الرتبة الثانية جاءت الفقرة (١٩) التي تنص على "تتواصل المدرسة مع أولياء الأمور عن أوضاع التلاميذ الصحية" بمتوسط حسابي (٣.٦٠) وانحراف معياري (٠.٩٥) وبمستوى متوسط، وجاءت في الرتبة قبل الاخيرة الفقرة (٩) التي تنص على "عادة ما يوجد في المدرسة فني صحة أسنان" بمتوسط حسابي (٢.٢٠) وانحراف معياري (٠.٦٦) وبمستوى منخفض، وجاءت في الرتبة الاخيرة الفقرة (٢٧) التي تنص على "يتوفر في فصول المدرسة صندوق خاص للاسعافات الأولية"بمتوسط حسابي (١.٧٦) وانحراف معياري (٠.٨٩) وبمستوى منخفض.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني الذي نصة: ما مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المعلمات؟.

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية كما تم تحديد الرتبة ومستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المعلمات في المدارس الابتدائية في دولة الكويت، ويظهر الجدول (٣) ذلك.

جدول (٣): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة ومستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المعلمات.

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
١٦	تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة العامة لمجتمع المدرسة.	٣.٢٣	٠.٩٧	١	متوسط
١٩	تتواصل المدرسة مع أولياء الأمور عن أوضاع التلاميذ الصحية.	٣.٢٣	٠.٨٦	١	متوسط
١٥	تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة الشخصية .	٣.١٨	٠.٩١	٢	متوسط
١	تحرص المدرسة على إكساب التلاميذ المعلومات الصحية الأولية اللازمة	٣.١١	٠.٦٠	٣	متوسط
٥	تحرص المدرسة على تعويد التلاميذ على السلوك الصحي السليم.	٣.١١	٠.٧٦	٣	متوسط
٢٩	تحتفظ إدارة المدرسة بسجلات طبية خاصة بكل طالب.	٣.٠٦	٠.٨٦	٥	متوسط
٢٠	توعي المدرسة التلاميذ من مخاطر ممارسات سلوكية تقود إلى مشكلات صحية كالتدخين والمخدرات وغيرها.	٣.٠٥	٠.٩٠	٦	متوسط
٣٥	تهتم المدرسة ببناء الجوانب المختلفة في شخصية التلميذ.	٣.٠٣	٠.٨٢	٧	متوسط
٢	تحدد المدرسة أولويات المشكلات الصحية التي يمكن أن يتعرض لها التلاميذ.	٢.٩٢	٠.٦٤	٨	متوسط
٣	تعرض المدرسة برامج خاصة عن التغيرات الجسمية التي يمكن أن يمر بها التلاميذ.	٢.٩١	٠.٦٦	٩	متوسط
٨	عادة ما يوجد مشرف صحي عام في المدرسة.	٢.٨٧	٠.٩٥	١٠	متوسط
٤	تعرض المدرسة برامج خاصة عن التغيرات النفسية والعاطفية التي يمكن أن يمر بها التلاميذ.	٢.٨٤	٠.٧٠	١١	متوسط
٣٠	تتخذ المدرسة إجراءات مناسبة للوقاية من تفشي الأمراض المعدية.	٢.٨٣	٠.٨٦	١٢	متوسط

... تابع جدول رقم (٣)

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
١٧	تنسق المدرسة مع الجهات الصحية لتقديم الخدمات الصحية اللازمة.	٢.٨٠	٠.٧٧	١٣	متوسط
٢٦	تخصص المدرسة يوماً في العام الدراسي يكون يوم الصحة المدرسية.	٢.٧٩	٠.٨١	١٤	متوسط
٣٢	تستضيف المدرسة متخصصين في مجال الصحة لإعطاء محاضرات توعية.	٢.٧٦	٠.٧٤	١٥	متوسط
٢٨	تعالج المدرسة الحالات الصحية الطارئة على نحو فاعل وسريع.	٢.٧١	٠.٨١	١٦	متوسط
١٤	تنسق المدرسة مع المركز الطبي لتوفير احتياجاتها من الأدوية والمواد اللازمة.	٢.٦٨	٠.٨٠	١٧	متوسط
٧	توفر المدرسة الخدمات الصحية الوقائية اللازمة.	٢.٦٤	٠.٨٣	١٨	متوسط
١٣	تقيم المدرسة برامج توعية صحية وثقافية لنشر الوعي الصحي.	٢.٦٢	٠.٧٤	١٩	متوسط
٢٤	تولي إدارة المدرسة برامج خدمات الصحة المدرسية عناية جيدة.	٢.٦٢	٠.٧٢	١٩	متوسط
٢٥	تعقد المدرسة دورات توعية صحية للمجتمع المحلي.	٢.٦١	٠.٧٧	٢١	متوسط
٣١	تناقش في اجتماعات المدرسة قضايا الصحة المدرسية بشكل جاد.	٢.٦٠	٠.٧٨	٢٢	متوسط
١٨	تؤسس المدرسة لجاناً طبية تعنى بالوعي الصحي.	٢.٥١	٠.٧٦	٢٣	متوسط
١٢	تشرف المدرسة صحياً على التجمعات التي يتواجد بها طلبتها.	٢.٥٠	٠.٨٩	٢٤	متوسط
٢٢	تنفذ المدرسة برامجها الصحية بشكل فعال.	٢.٥٠	٠.٧٤	٢٤	متوسط
٣٣	تؤسس المدرسة نوادِ طلابية تعنى بالوعي الصحي.	٢.٥٠	٠.٧١	٢٤	متوسط

... تابع جدول رقم (٣)

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
١١	توازن المدرسة بين الخدمات الصحية الوقائية والخدمات الصحية العلاجية.	٢.٤٨	٠.٧٧	٢٧	متوسط
٢١	تصمم المدرسة برامج صحية مناسبة.	٢.٤٧	٠.٧٤	٢٨	متوسط
٣٤	تقيم المدرسة للعاملين دورات تدريبية مثل الاسعافات الأولية.	٢.٤٦	٠.٧١	٢٩	متوسط
٦	تعقد المدرسة دورات تدريبية للمعلمين العاملين فيها تنمي مهارات الكشف المبكر عن المشكلات الصحية.	٢.٤٤	٠.٨٨	٣٠	متوسط
٢٣	تخضع المدرسة برامجها الصحية لعملية تقويم مستمر.	٢.٤٣	٠.٨٠	٣١	متوسط
١٠	تستدعي المدرسة زائراً صحياً بشكل دوري.	٢.٤١	٠.٧١	٣٢	متوسط
٩	عادة ما يوجد في المدرسة فني صحة أسنان .	٢.٢٣	٠.٨١	٣٣	منخفض
٢٧	يتوفر في فصول المدرسة صندوق خاص للاسعافات الأولية.	١.٨٩	٠.٩٢	٣٤	منخفض
الدرجة الكلية		**٢.٧١**	**٠.٤٩**		**متوسط**

يلاحظ من الجدول (٣) أن مستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المعلمات كان متوسطاً، إذ بلغ المتوسط الحسابي (٢.٧١) وانحراف معياري (٠.٤٩)، وجاءت الفقرات بالمستوى المتوسط، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية بين (٣.٢٣- ١.٨٩) وجاءت في الرتبة الأولى الفقرتان (١٦) التي تنص على "تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة العامة لمجتمع المدرسة"، و(١٩) التي تنص على "تتواصل المدرسة مع أولياء الأمور عن أوضاع التلاميذ الصحية" بمتوسط حسابي (٣.٢٣) وانحرافيين معياريين (٠.٩٧)، (٠.٨٦) على التوالي وبمستوى متوسط، وفي الرتبة الثانية جاءت الفقرة (١٥) التي تنص على "تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة الشخصية" بمتوسط حسابي (٣.١٨) وانحراف معياري (٠.٩١) وبمستوى متوسط، وجاءت في الرتبة قبل الأخيرة الفقرة (٩) التي تنص على "عادة ما يوجد في المدرسة فني صحة أسنان" بمتوسط حسابي (٢.٢٣) وانحراف معياري (٠.٨١) وبمستوى منخفض، وجاءت في الرتبة الأخيرة الفقرة (٢٧) التي تنص على "يتوفر في فصول المدرسة صندوق خاص للإسعافات الأولية" بمتوسط حسابي (١.٨٩) وانحراف معياري (٠.٩٢) وبمستوى منخفض.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثالث الذي ينص على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية تعزى إلى المتغيرات التالية المتعلقة بالمديرات (سنوات الخبرة العملية، المؤهل العلمي، السلطة المشرفة؟

تمت الإجابة عن هذا السؤال على النحو الأتي:

متغير الخبرة العملية

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية، ويظهر الجدول (٤) ذلك.

جدول (٤): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية.

الخبرة العمليه	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
٥ سنوات فما دون	١٥	٢.٦٣	٠.٤٠
٦-١٠ سنوات	٢٩	٢.٨٧	٠.٥٠
١١ فاكثر	٤٦	٢.٩٧	٠.٤٨
المجموع	**٩٠**	**٢.٨٨**	**٠.٤٨**

يلاحظ من الجدول (٤) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية، إذ حصل أصحاب فئة الخبرة (١١ فأكثر) على أعلى متوسط حسابي (٢.٩٧)، وأخيراً جاء المتوسط الحسابي لأصحاب فئة الخبرة٥ سنوات فما دون إذ بلغ (٢.٦٣)، ولتحديد فيما إذا كانت الفروق بين المتوسطات ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq$ ٠.٠٥) تم تطبيق تحليل التباين الأحادي (One way ANOVA)، وجاءت نتائج تحليل التباين على النحو الذي يوضحه الجدول (٥).

جدول (٥): تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	١.٢٥٢	٢	٠.٦٢٦	٢.٨١٨	٠.٠٦٥
داخل المجموعات	١٩.٣٢١	٨٧	٠.٢٢٢		
المجموع	**٢٠.٥٧٣**	٨٩			

تشير النتائج في الجدول (٥) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠.٠٥) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية، استناداً إلى قيمة ف المحسوبة إذ بلغت (٢.٨١٨)، وبمستوى دلالة (٠.٠٦٥).

متغير المؤهل العلمي

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، كما تم استخدم اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لفحص الفروق تبعا لمتغير المؤهل العلمي، والجدول (٦) يبين النتائج.

جدول (٦): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) للعينات المستقلة للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
بكالوريوس	١٣	٢.٦٧	٠.٠٤	١.٧٢١	٠.٠٨٩
دراسات عليا	٧٧	٢.٩٢	٠.٥١		

تشير النتائج في الجدول (٦) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠.٠٥) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، استناداً إلى قيمة ت المحسوبة إذ بلغت (١.٧٢١)، وبمستوى دلالة (٠.٠٨٩).

متغير السلطة المشرفة

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير نوع المدرسة، كما تم استخدام اختبار" ت" لعينتين مستقلتين لفحص الفروق تبعاً لمتغير السلطة المشرفة، والجدول (٧) يبين النتائج.

جدول (٧): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) للعينات المستقلة للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة

السلطة المشرفة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
حكومية	٦٠	٢.٨٣	٠.٥٠	١.٤٨٠	٠.١٤٢
خاصة	٣٠	٢.٩٩	٠.٤٤		

تشير النتائج في الجدول (٧) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥ $\alpha \leq$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة، استناداً إلى قيمة ت المحسوبة إذ بلغت (١.٤٨٠)، وبمستوى دلالة (٠.١٤٢).

رابعاً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الرابع، الذي نصه: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية تعزى إلى المتغيرات التالية المتعلقة بالمعلمات (سنوات الخبرة العملية، المؤهل العلمي، السلطة المشرفة)؟

تمت الاجابة عن هذا السؤال على النحو الأتي:

١- متغير الخبرة العملية

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية، ويظهر الجدول (٨) ذلك.

جدول (٨): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية.

الخبرة العملية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
٥ سنوات فما دون	١٢٤	٢.٧٩	٠.٥٩
٦-١٠ سنوات	٢٤٨	٢.٦٦	٠.٤٤
١١ فأكثر	٢٢٨	٢.٧٣	٠.٤٦
المجموع	**٦٠٠**	**٢.٧١**	**٠.٤٨**

يلاحظ من الجدول (٨) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية، إذ حصل أصحاب فئة الخبرة (٥ سنوات فما دون) على أعلى متوسط حسابي (٢.٧٩)، وأخيراً جاء المتوسط الحسابي لأصحاب فئة الخبرة (٦-١٠ سنوات) إذ بلغ (٢.٦٦)، ولتحديد فيما إذا كانت الفروق بين المتوسطات ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥ $\alpha \leq$) تم تطبيق تحليل التباين الأحادي (One way ANOVA)، وجاءت نتائج تحليل التباين على النحو الذي يوضحه الجدول الآتي:

جدول (٩): تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	١.٥٦٢	٢	٠.٧٨١	٣.٣٧١	٠.٠٣٥
داخل المجموعات	١٣٨.٢٧٧	٥٩٧	٠.٢٣٢		
المجموع	**١٣٩.٨٣٩**	**٥٩٩**			

تشير النتائج في الجدول (٩) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥ $\leq \alpha$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية، استناداً إلى قيمة ف المحسوبة إذ بلغت (٣.٣٧١)، وبمستوى دلالة (٠.٠٣٥)، ومن أجل معرفة عائدية الفروق تم تطبيق اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، والجدول (١٠) يبين النتائج.

جدول (١٠): اختبار شيفيه للمقارنات للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية

الخبرة العملية	المتوسط الحسابي	٥ سنوات فما دون	١١ فأكثر	٦-١٠ سنوات
		٢.٧٩	٢.٧٣	٢.٦٦
٥ سنوات فما دون	٢.٧٩	-	٠.٠٦	*٠.١٣
١١ فأكثر	٢.٧٣		-	٠.٠٩
٦-١٠ سنوات	٢.٦٦			-

الفرق دال احصائياً

يلاحظ من الجدول (١٠) أن الفرق كان لصالح أصحاب الخبرة من ٥ سنوات فما دون، عند مقارنة متوسطهم الحسابي مع متوسط أصحاب الخبرة ٦-١٠ سنوات.

٢- متغير المؤهل العلمي

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، كما تم استخدم اختبار" ت" لعينتين مستقلتين لفحص الفروق تبعا لمتغير المؤهل العلمي، والجدول (١١) يبين النتائج.

جدول (١١): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) للعينات المستقلة للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
بكالوريوس	٤٢٨	٢.٧١	٠.٥٢	٠.٣٣٨	٠.٧٣٥
دراسات عليا	١٧٢	٢.٧٣	٠.٣٦		

تشير النتائج في الجدول (١١) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠.٠٥) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، استناداً إلى قيمة ت المحسوبة إذ بلغت (٠.٣٣٨)، وبمستوى دلالة (٠.٧٣٥).

متغير السلطة المشرفة

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير نوع المدرسة، كما تم استخدم اختبار"ت" لعينتين مستقلتين لفحص الفروق تبعاً لمتغير السلطة المشرفة، والجدول (١٢) يبين النتائج.

جدول (١٢): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) للعينات المستقلة للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة

السلطة المشرفة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
حكومية	٤٤١	٢,٧٣	٠.٥٣	١.٢١٧	٠.٢٢٤
خاصة	١٥٩	٢.٦٧	٠.٣٢		

تشير النتائج في الجدول (١٢) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠.٠٥) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة، استناداً إلى قيمة ت المحسوبة إذ بلغت (١.٢١٧)، وبمستوى دلالة (٠.٢٢٤).

مناقشة النتائج والتوصيات

يتضمن هذا الفصل مناقشة للنتائج التي توصلت إليها وفقاً لأسئلتها الدراسة الحالية وعرضاً للتوصيات التي خرجت بها الدراسة في ضوء تلك النتائج على النحو الأتي:

مناقشة النتائج

يتضمن هذا الجزء مناقشة لنتائج الدراسة، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلتها، وعلى النحو الآتي:

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول الذي ينص على: ما مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات؟

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن مستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المديرات كان متوسطاً، وقد تعزى هذه النتيجة إلى أن مديرات المدارس الابتدائية على دراية بواقع الصحة المدرسية حيث تقوم المديرات بالمهمات المتعلقة بالصحة المدرسية في حدود ما تسمح فيه إمكانات مدارسهم المادية والبشرية فعلى سبيل المثال وكما أشارت النتائج بأن إدارة المدارس تحرص على رفع مستوى النظافة العامة لمرافق المدرسة وللطلبة، وتتواصل مع أولياء الأمور فيما يتعلق بصحة الطلبة، لكن هناك بعض الأمور الصحية في المدرسة قد لا يكون في مقدرة إدارات المدارس على تحقيقها نظراً لضعف الإمكانيات المادية أو لأنها قد لا تكون من اختصاص المدرسة أن توفر ذلك الأمر بل من اختصاص جهة أخرى مثل وزارة الصحة، وأشارت النتائج إلى أن توفر فني صحة الاسنان في المدرسة جاء بمستوى منخفض فعادة ما يكون الاهتمام بصحة أسنان الطلبة من خلال وزارة الصحة والمراكز الصحية التابعة لها ومن خلال التنسيق مع تلك المدارس وعادة ما تتم هذه الفعالية الصحية المتعلقة بصحة أسنان الطلبة مرة واحدة في العام، وكذلك توفير صندوق خاص للاسعافات الأولية فهذا الأمر يعد مكلفاً لإدارة المدرسة ومنها تكتفي المدرسة بتوفير صندوق للاسعافات الأولية في غرفة الصحة المدرسية ولجميع من في المدرسة، إذ لو كان واجب على إدارة المدرسة توفير ذلك الصندوق لكل فصل من فصول المدرسة فسيكون ذلك مكلفاً من الناحية المالية على ميزانية المدرسة، فقد تكون هذه الأسباب هي التي أدت إلى وجود هذا المستوى المتوسط لتقديرات مديرات المدارس الابتدائية في دولة الكويت، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج، دراسة خندقجي (٢٠٠٠) ودراسة الصعوب (٢٠٠٩)،التي أشارت إلى وجود مستوى متوسط من الصحة المدرسية لدى عينة الدراسة، في حين تختلف النتيجة الحالية مع نتائج دراسة كل من: هيجان (١٩٩٤)، وجيانين ودايدر(**Jeanine & Didier,2010**)، التي نصت على أن المديرين قد أعطوا تقديرات منخفضة لمستوى الصحة المدرسية.

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني الذي نصة: ما مستوى الصحة المدرسية في المدراس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المعلمات؟.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن مستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المعلمات كان متوسطاً، وقد تعزى هذه النتيجة بالإضافة إلى ما تم ذكره في تفسير السؤال الأول إلى أن المعلمات يرين أن مستوى الصحة المدرسية في المدارس الكويتية لا تزال بحاجة إلى عمل الكثير للارتقاء به على النحو المطموح إليه، ويمكن القول إن المعلمات خلصن إلى هذه النتيجة من منطلق ملاحظتهن لكثير من مؤشرات الصحة المدرسية، المتمثلة بالمقاصف المدرسية، والوحدات الصحية الموجودة في مدارسهن، كما أنهن على مساس مباشر بالطلاب، ولا شك أن عدم استجابة الصحة المدرسية لبعض من المشكلات التي يعاني منها الطلاب جعل المعلمات يعطين مستوى الصحة المدرسية تقديرات متوسطة. وتختلف هذه التنيجة مع النتيجة التي خلصت إليها دراسة هانسن(Hanson, 1997)، ودراسة جيانين ودايدر(Jeanine&Didier,2010)، ودراسة هيجان(١٩٩٤)، التي أظهرت أن المعلمات يرين أن مستوى الصحة المدرسية متدن، وتتفق مع نتائج دراستي طوقان(٢٠٠٣)، والصعوب (٢٠٠٩) اللتين خلصتا إلى القول إن المعلمات يرين أن مستوى الصحة المدرسية كانت بمستوى متوسط.

ثالثاً: مناقشة النتائج بالسؤال الثالث الذي ينص على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية تعزى إلى المتغيرات التالية المتعلقة بالمديرات (سنوات الخبرة العملية، المؤهل العلمي، السلطة المشرفة؟

تمت مناقشة نتائج هذا السؤال على النحو الأتي:

١. متغير الخبرة العملية

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥ $\leq \alpha$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية، وتعود هذه النتيجة إلى أن عامل الخبرة لدى المديرات لم يكن له تأثير على تقديراتهن لمستوى الصحة المدرسية وذلك لأن التأهيل والتدريب في مجال الصحة المدرسية الذي تلقته المديرات، بالإضافة إلى التعليمات الصادرة عن المناطق التعليمية والتي توضح ما يتصل بالصحة المدرسية كان له دور في وجود هذا المستوى الواحد وهو مستوى متوسط لدى المديرات بالرغم من اختلاف مستوياتهن في الخبرة وبذلك فإن عامل الخبرة كان محايدا ليس له تأثير. وهذا يعني أن الخبرة العملية لدى المديرات لا تشكل تأثيراً فاعلاً وحاسماً على مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية وذلك لكون هذا الأمر يشكل قناعة لدى المديرات سواء كن من حديثيات التعيين أم ممن لديهن سنوات خبرة طويلة في التعليم فمهارات فمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية جزء أساسي من حياتهم بمختلف خبراتهم العملية ونتيجة لواقع هذا المستوى كانت النتجة عدم وجود فروق بينهن في تقديراتهن لمستوى الصحة المدرسية،

وتتفق مع دراسة طوقان (٢٠٠٣)، وتختلف النتيجة مع دراسة خندقجي (٢٠٠٠) التي أظهرت وجود فروق لصالح ذوي الخبرة من سنة إلى خمس سنوات.

٢. متغير المؤهل العلمي

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥ $\leq \alpha$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، وقد يعود السبب في هذه التنيجة إلى أن المديرات سواءً أكن من حملة درجة البكالوريوس أم من حملة درجات عليا، تناط بهن المسؤليات نفسها، ويكن أمام نظام مساءلة واحد، لا يفرق بين من يحمل هذه الدرجة أو تلك، وتختلف هذه النتيجة مع ما ذهبت إليه دراسة خندقجي (٢٠٠٠) من أن هناك فروقاً دالة في تقديرات المديرين تعزى إلى متغير المؤهل العلمي، لصالح المديرين حملة درجة البكالوريوس.

٣. متغير السلطة المشرفة

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥ $\leq \alpha$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة، وقد تعزى النتيجة إلى أن التعليمات الصادرة من وزارة التربية وإدارات التعليم في دولة الكويت تعليمات موحدة للمدارس الحكومية والخاصة، ولذلك اتفقت تقديرات المديرات سواءً أكن في المدارس الحكومية، أم المدارس الخاصة، ولم يجد الباحثان أي دراسة بحث هذا المتغير.

رابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع، الذي نصه: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية تعزى إلى المتغيرات التالية المتعلقة بالمعلمات (سنوات الخبرة العملية، المؤهل العلمي، السلطة المشرفة)؟

تمت مناقشة نتائج هذا السؤال على النحو الأتي:

١. متغير الخبرة العملية

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥ $\leq \alpha$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية، وكان الفرق لصالح أصحاب الخبرة من ٥ سنوات فما دون، عند مقارنة متوسطهم الحسابي مع متوسط أصحاب الخبرة ٦-١٠ سنوات، وقد يعزى السبب إلى أن المعلمات من ذوات الخبرة الجديدة ليس لديهن المعايير الدقيقة للحكم على مستوى الصحة المدرسية وذلك لكونهن جديدات في مجال عملهن ولذلك قد يخفى عليهن بعض الدقائق والتفاصيل التي تحتاج منهن الى مزيد من الخبرة حتى يكون قادرات على إصدار الأحكام والتقديرات بناء على ما يحصلنه من مهارات ومفاهيم نتيجة تقدم الخبرة لديهن، وتتفق مع دراسة

طوقان (٢٠٠٣)، وتختلف النتيجة مع دراسة خندقجي (٢٠٠٠) التي أظهرت وجود فروق لصالح ذوي الخبرة من سنة إلى خمس سنوات.

٢. **متغير المؤهل العلمي**

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥ $\leq\alpha$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، وقد يعود السبب في هذه التنيجة إلى أن المعلمات سواءً أكن من حملة درجة البكالوريوس أم من حملة درجات عليا، تناط بهن المسؤليات نفسها، ويكن أمام نظام مساءلة واحدة، لا يفرق بين من يحمل هذه الدرجة أو تلك ولذلك كانت تقديراتهن لمستوى الصحة المدرسية واحدة، وتختلف هذه النتيجة مع ما ذهبت إليه دراسة الخندقجي (٢٠٠٠) من أن هناك فروقاً دالة في تقديرات المديرين تعزى إلى متغير المؤهل العلمي، لصالح المديرين حملة درجة البكالوريوس.

٣. **متغير السلطة المشرفة**

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥ $\leq\alpha$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة، وقد يعزى ذلك إلى أن وزارة التربية في دولة الكويت تنظر بعين المساواة إلى المدارس كافة سواء أكانت حكومية أم خاصة، ولا تفرق بين مدرسة حكومية مدرسة خاصة، فالتعليمات الخاصة بالصحة المدرسية سواء للمدارس الحكومية والمدارس الخاصة، ولم يجد الباحثان أي دراسة بحث هذا المتغير.

التوصيات

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية فإنها توصي بالآتي:

١. عقد دورات مستمرة لمديرات المدارس الابتدائية ومعلماتها لتزويدهن بالمهارات الخاصة بالصحة المدرسية.

٢. توعية مديرات المدارس الابتدائية ومعلماتها بأهمية رفع مستوى الصحة في المدرسة بإعداد برامج تدريبية مناسبة.

٣. تقويم برامج الصحة المدرسية لتحديد مواطن القوة وماطن الضعف وتطبيقالإجراءات المناسبة.

٤. إجراء دراسة مماثلة لهذه الدراسة على المدارس في دولة الكويت، لتشمل جوانب أخرى من جوانب الصحة المدرسية غير التي تناولتها هذه الدراسة.

المراجع العربية والأجنبية

- أبو ليلى، أحمد. (٢٠٠٢). الصحة المدرسية والرعاية الصحية. ط١. دار المناهج للنشر والتوزيع. عمان.
- آل ناجي، محمد. (٢٠٠٣). الادارة الفاعلة لمدرسة المستقبل في القرن الحادي والعشرين. ط١. مكتبة الرشد. الرياض.
- الأمعري، هناء. (٢٠٠٢). التربية الصحية وأثرها في رفع المستوى الصحي. ط١. دار الخيال. بيروت.
- الأمين، محمد. (٢٠٠٤). الأسس العامة للصحة والتربية الصحية. ط١. دار الغد للنشر والتوزيع. عمان.
- الأنصاري، سامية. (٢٠٠٧أ). الصحة النفسية والمدرسية للطفل. ط١. مركز الإسكندرية للكتاب. الإسكندرية.
- الأنصاري، صالح. (٢٠٠٧ب). تجارب الصحة المدرسية في الدول الأعضاء بمكتب التربية لدول الخليج العربي. ط١. مكتب التربية العربي لدول الخليج. الرياض.
- بني خلف، محمود حسن. (٢٠٠٧). "أفضلية مصادر المعرفة الصحية من حيث أهمتيها والإفادة منها كما يراها طلبة المرحلة الأساسية العليا في الأردن". مجلة مؤتة للبحوث والدراسات. ٢٣ (٢). ص ٤٤-٦٨.
- الجبر، زينب علي. (١٩٩٢). "توافر الشروط الصحية والفنية الخاصة بالأثاث المستخدم داخل حجرات الدراسة بمدارس التعليم بدولة الكويت. بحث ميداني". مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية والدراسات الإسلامية. ٤ (١-٢). ص٢٣-٣٥.
- الجبوري، حنان عيسى. (٢٠٠٢). "الرعاية الصحية المدرسية في المدرسة الابتدائية للبنات في المملكة العربية السعودية". مجلة الطفولة والتنمية. ٢ (٥). ١٠٤-١٤٤.
- الجمعية البريطانية لأطباء المدارس. (١٩٨٤). دليل الصحة المدرسية. ط١. (ترجمة سعد حجازي. ووحيد أبو غزالة). الجامعة الأردنية. عمان.
- حمام، فريال. (١٩٩٦). "مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الأول الثانوي أثرها في اتجاهاتهم الصحية في منطقة عمان الكبرى". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك.
- خضير، محمد. (١٩٩٢). الشامل في الصحة العامة. ط١. المكتبة الوطنية. الكويت.

- خندقجي، محمد. (٢٠٠٠). "واقع خدمات الصحة المدرسية التي يمارسها أطباء الصحة المدرسية في المدارس الأساسية الحكومية في محافظة اربد من وجهة نظر مديري المدارس والمشرفين". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك.
- داوود، عناية. وفلاح، يوسف. (١٩٩٥). "المدارس المعززة للصحة المدرسية". دائرة الاحصاء المركزية الفلسطينية بالتعاون مع التعاونية الايطالية. فلسطين.
- دغلس، عائشة. (١٩٩٢). مدى فهم معلمي الصفوف الثلاثة الأولى المفاهيم الأساسية في التربية الصحية ومستوى اتجاهاتهم فيها. ط١. دار المسيرة للنشر والتوزيع. عمان.
- زيدان، حسان. (١٩٩٤). السلامة والصحة المهنية. ط١. دار الفكر للنشر والتوزيع. عمان.
- السبول، خالد. (٢٠٠٤). الصحة والسلامة في البيئة المدرسية. ط١. دار المناهج. عمان.
- سلامة، بهاء الدين. (٢٠٠١). الصحة و التربية الصحية. ط١. دار الفكر العربي. القاهرة.
- سلمى، جهاد. (١٩٩٨). "البيئة المدرسية من وجهة نظر مديري ومديرات المدارس الأساسية العليا ومساعديهم في محافظات غزة". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النجاح. نابلس. فلسطين.
- الشمري، عبد الله. (١٩٩٢). المسح الطبي لصحة الفم والأسنان بالمملكة العربية السعودية. ط١. مطابع جامعة الملك سعود. الرياض.
- الصعوب، إسلام. (٢٠٠٩). "درجة تطبيق برامج الصحة المدرسية في المدارس الأساسية في الأردن". رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة عمان العربية للدراسات العليا. عمان. الأردن.
- طنطاوي، محمود. (١٩٩٠). التربية وأثرها في رفع المستوى الصحي. دار البحوث العلمية. الكويت.
- طوقان، داليه. (٢٠٠٣). "واقع برامج الصحة المدرسية للمراحل الأساسية الدنيا في المدارس الحكومية والمدارس التابعة لوكالة الغوث من وجهة نظر المعلمين والمعلمات في محافظة نابلس". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النجاح الوطنية.
- عبد الفتاح، أبو العلا. وعبدالحميد، كمال. (٢٠٠١). الثقافة الصحية للرياضيين. ط١. دار الفكر العربي. القاهرة.
- عبد الوهاب، أمل. (٢٠٠٥). أسس الثقافة الصحية. ط١. عالم الكتب للنشر. القاهرة.
- عبداللطيف، مدحت عبدالحميد. (٢٠٠١). الصحة النفسية والتفوق الدراسي. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية.

- العثمان، عبد العزيز. (١٩٩٨). "التربية الصحية في كتب العلوم بالمرحلة الابتدائية في المملكة العربية السعودية". رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة الملك سعود. الرياض. المملكة العربية السعودية.
- العجمي، حسين. (٢٠٠٥). "مفهوم العلاقة بين الثانوية والمجتمع المحلي في دولة الكويت". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك. اربد. الأردن.
- العصيمي، نايف. (٢٠٠٤). "واقع الصحة المدرسية في مقصف المدرسة. في مدارس المرحلة الإبتدائية في مدينة الرياض". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الملك سعود. الرياض. المملكة العربية السعودية.
- العلي، فخري شريف. (٢٠٠١). "مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين.
- غباري، محمد سلامة. (١٩٨٩). الخدمات الاجتماعية المدرسية. ط١. المكتب الجامعي الحديث. الإسكندرية.
- فريحات، حكمت. (١٩٩٧). مبادئ في الصحة العامة. ط١. دار المستقبل للنشر والتوزيع. عمان.
- فضل الله، عدنان. (٢٠٠١). "تجربة الإدارة العامة للصحة المدرسية في تعزيز نمط المعيشة من خلال برامج التربية الغذائية". اللقاء العلمي السابع للصحة المدرسية. الرياض. المملكة العربية السعودية.
- الكعبي، حامد. (٢٠٠٧). "دور ممارسة مديري المدارس لدورهم في تفعيل العلاقة بين الأسرة والمدرسة في دولة الإمارات العربية المتحدة". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك. اربد. الاردن.
- كماش، يوسف. (٢٠٠٩). الصحة والتربية الصحية. الصحة المدرسية والرياضة. ط١. دار الخليج. عمان.
- مرسي، ليلى. (٢٠٠٥). الصحة العامة والثقافة الصحية. ط١. دار الخريجي للنشر والتوزيع. الرياض.
- مقابلة، نصر. (١٩٩٦). "العادات الغير الصحية لدى الأطفال الأردنيين من وجهة نظر أمهاتهم وعلاقتها ببعض المتغيرات". المجلة العربية للتربية. ١٣ (٢). ١٣٤ – ١٦٤.
- منظمة الصحة العالمية. (١٩٨٩). "الرعاية الصحية الأولية". سلسلة التثقيف الصحي. (٦٨). ٤٢-٥١.

- نصر، عبد اللطيف. (١٩٨٥). أبناؤنا في رعاية الصحة المدرسية. ط١. الدار السعودية للنشر. الرياض.
- الهيئة التنفيذية لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون الخليجي. (٢٠٠٩). المؤتمرالخليجي الثاني. التقرير السنوي. المنامة. البحرين.
- هيجان، علي. (١٩٩٤). "فاعلية الإدارة التعليمية في تطوير البيئة الصحية المدرسية بالمرحلة المتوسطة والثانوية بمدينة مكة المكرمة". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى. مكة المكرمة. المملكة العربية السعودية.
- Casey, O. & Christian, J. (2003). "Teaching Children about Health. Part II: The Effect of an Academic-community Partnership on Medical Students' Communication Skills". Education for Health. 16(3). 339 – 347.
- Cramer, M. W. (1999). "Parents attitudes toward school Health Program in Elementary and secondary schools in Nebraska". Journal of School Health. 69 (2). 51-57.
- Gold, R. S. (2004). "The science base for comprehensive school health education". In: P. Cortes & K. Middleton (Eds.). The comprehensive school health challenge: Promoting Health through Education. 2. 545-573.
- Hanson, C. (1995). "An assessment of adolescent life needs for school health services in rural small town". Dissertation Abstracts International. Ace 9521198.
- Hollander, S. (2002). "Providing health information to the general public: A survey of current practices in academic health sciences libraries". Bulletin of the Medical Library Association. 88(1). 62-69.
- Jeanine, P. & Didier, J. (2010). "Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods". Scandinavian Journal of Public Health. 55(3). 67-75.
- Lavin, A. T. (1993). "Comprehensive school health education: Barriers and opportunities". Journal of School Health. 63(1). 24-27.

- Mury, R. (1989). “Nursing aspects for health promotion”. U.S.A: Prentice Hall. Journal of Environmental Education. 19 (1). 85-91.
- Newton, J. (1989). “The new school health book references for school nurses and educators”. U.S.A: Prentice Hall.
- Palmer, S. (1998). “The call for new script: teacher's role in collaboration to meet health & social needs of diverse inner city high school population”. (**Eric Document reproduction service**. ED 399227).
- Summerfield, L. (2000). “National Standards for School Health Education”. Journal of School Health. 63(1). 24-27.
- Vancour, M. L. (1995). “An evaluation of effectiveness of a school health education program”. Dissertation Abstracts International. ACC (1359265).
- William, W. & Angela, B. (2010). “Emphasizing Assessment and Evaluation of Student Health at Historically Black Colleges and Universities”. National Forum of Issues Journal. 7(1). 55-67.